Nr. 21. 21 maja 1922. Rok I.

POLSKA GAZETA LEKARSKA

Prace oryginalne.

Dr. Roman Wasilewski, asyst. kl. chir. U. W. — Warszawa.

Przypadek wrodzonej torbieli krezkowej-mleczowej.

(*Cystoma entodermale embryonale*).

Z I-ej kliniki chirurgicznej Uniwersytetu warszawskiego przy szpitalu Dz. Jezus w Warszawie.

Dyrektor Prof. Dr. Leśniowski.

Guzy torbielowate krezki należą do cierpień stosunkowo rzadkich, pochodzenie ich niezawsze jest jasne i często nie daje się ustalić nawet zapomocą dokładnego badania zawartości i budowy anatomicznej ściany guza. Poglądy różnych autorów na powstawanie torbieli krezkowych były często sprzeczne i dowolne i dopiero w pracy L. Warchoła twory te doczekały się uzasadnionego ugrupowania, na którego podstawie można wyciągnąć pewne wnioski co do ich tła etiologicznego.

Bauer w etiologji torbieli pozaotrzewnowych odróżnia powstanie tychże z przewodu pępkowo-jelitowego (*ductus omphalo-mesentericus*) i z uchyłka Meckelego od powstania wskutek odszczepienia cząstek zalążka, lub mających związek z ciałami Wolffa i Müllera; następnie wymienia skórzaste, bąblowce i torbiele, zawierające chłonkę lub mlecz.

Berkeley, Dowda, Hahn i inni autorowie podawali podział torbieli sieciowych i krezkowych, oparty wyłącznie na zawartości, i rozróżniali: 1) torbiele surowicze, 2) mleczowe, 3) krwawe, 4) skórzakowe i 5) bąblowce.

Warchoł słusznie uważa taki podział za nieodpowiedni, wskazując, iż zawartość nie tłómaczy sprawy najważniejszej, t. j. pochodzenia torbieli, a charakter płynu w torbieli nie zawsze jest typowy: tak n. p. płyn surowiczy w razie domieszki śluzu staje się nieprzejrzystym, ciągnącym się, w razie zaś krwawienia po urazie lub nakłuciu krwawym. Warchoł podaje swój podział, oparty na pochodzeniu i stosunkach anatomopatologicznych torbieli — a na podstawie znajomości pochodzenia torbieli łatwo daje się wyjaśnić także rodzaj zawartego w niej płynu. Wszystkie guzy torbielowate krezki i sieci autor ten dzieli na trzy główne kategorje: Do pierwszej należą tak zw. nowotwory torbielowate wrzekome — są to torbiele jednokomorowe, powstałe przeważnie w życiu pozapłodowem wskutek już to otorbienia wylewów zapalnych i urazowych, już to zastoinowe torbiele chłonne i mleczowe, już to obrzmienia wysiękowe gruczołów chłonnych krezkowych. Do tej kategorji należą torbiele: 1) surowicze zapalne i urazowe, 2) krwawe, 3) zastoinowe chłonne i mleczowe, 4) wrzekome torbiele trzustkowe, wychodzące z ogona trzustki, i 5) torbiele powstałe na tle zwyrodnienia gruczołów chłonnych.

Do drugiej kategorji należą tak zw. wrodzone torbiele, wysłane wewnątrz nabłonkiem, powstałe na tle zaburzeń w rozwoju płodowym różnych narządów jamy brzusznej; do tej grupy należą: 1) torbiele jelitowe (*enterocystoma*), 2) skórzaki (*cystis dermoidalis*), 3) naczyniaki chłonne (*lymphangioma*), 4) naczyniaki mleczowe (*chylangioma*).

Do trzeciej kategorji guzów torbielowatych sieci i krezki należy bąblowiec wieńcogłówki (*echinococcus*).

Torbiele mleczowe prawie za wyłączną siedzibę swą mają dziedzinę systemu naczyń mleczowych — a więc pomiędzy listkami krezki. Ponieważ guzy tego rodzaju spotykamy stosunkowo rzadko — przeto podaję własny przypadek i jego następującą historję choroby.

Chora J. B. 16 lat, córka rolnika; przybyła do kliniki 13. IX. 1920 r. — opowiada, że mniej więcej od roku zauważyła, że brzuch jej powiększa się coraz bardziej i to zmusiło ją przyjechać do Warszawy i szukać pomocy lekarskiej. Powiększanie się objętości brzucha odbywało się skrycie, bez bólów; nudności, wymiotów, rozwolnień nie miewała. Dotychczas nie miesiączkowała ani razu. Matka żyje zdrowa, ojciec zmarł na zapalenie płuc; ma dwóch braci zdrowych. Sama zawsze — o ile pamięta — była zdrową; miewała tylko w okolicy czołowej częste bóle głowy. Stan obecny: wzrost nieduży, budowa prawidłowa, kościec wiotki, skóra cienka, blada. Chora przytomna, roztropna, chodzi o własnej sile. Źrenice średnio rozszerzone, jednakowe, odczyn źrenic prawidłowy. W nosie, w gardzieli, w ustach — nic nieprawidłowego. Szyja prawidłowa. Klatka piersiowa długa, płaska, porusza się prawidłowo. Dolne granice płuc uniesione o jedno żebro, w wierzchołku lewym stłumienie i tu szmer oddechowy zaostrzony; nie kaszle. T. — 84, miarowe, dość licho napięte i wypełnione. Ciepłota 37,4. Granice serca prawidłowe, tony wyraźne, czyste. Kończyny w porządku, odruchy dobrze zachowane. Brzuch guzowato wypełniony; w położeniu na plecach — na wysokości pępka — obwód brzucha wynosi 84 cm., odległość od wyrostka mieczykowatego do spojenia 40 cm., do pępka 21 cm. Opukiwanie wykazuje w całym brzuchu stłumienie — tylko w nadbrzuszu odgłos bębnisty. Przy zmianie położenia chorej odgłos bębnisty zjawia się i po bokach. W brzuchu wyczuwa się wyraźne chełbotanie. Mięśnie brzucha nieco napięte; obmacywanie brzucha bólu nie powoduje. Obmacywalne gruczoły chłonne nie są powiększone.

Rozpoznania dokładnego, z czem mamy do czynienia — z torbielą, czy wolnym płynem w jamie brzusznej, nie można z zupełną pewnością przeprowadzić 20. XI. w uśpieniu chloroformowem operacja: cięcie brzucha pośrodkowe od pępka do spojenia łonowego. Po nacięciu otrzewnej znaleziono, że jama otrzewnej wolnego płynu w sobie nie mieści, natomiast znajduje się w niej guz. Bliższe rozejrzenie się w nim wykazało, że jest to jakiś guz, położony pozaotrzewnowo o szerokiej podstawie, leżącej wzdłuż kręgosłupa i to w ten sposób, że zaczynała się podstawa guza wysoko poza początkowym odcinkiem jelita czczego, u dołu dochodziła do wzgórka. Guz ma postać długiego worka jajowatego, wielkości dużego melona; ściana guza zupełnie gładka; w niej naogół liczne naczynia dużego kalibru, największe jednak mieściły się u podstawy guza; tam żyły dochodziły grubości wskaziciela. Ściana guza prześwieca, tak iż widać tam jakąś płynną zawartość. Guz ten jest pokryty lewym listkiem krezki, której listki są mocno rozsunięte — trzewa zaś są odepchnięte na prawo i ku górze. Przystąpiono do wyłuszczania guza, nacięto zatem otrzewnę, chcąc wyłuszczyć guz podotrzewnowo. Lecz wtedy ściana guza pękła i z guza wypłynęła ogromna ilość — ze dwa litry cieczy barwy szarożółtawej, średniogęstej, bezwonnej. Po opróżnieniu się guza — otwór zaciśnięto, guz możliwie wyłoniono na zewnątrz; wtedy zeszyto najpierw otrzewnę poniżej i powyżej guza, a następnie zszyto pozostały otwór w ścianie brzucha i otwór torby; następnie zszyto powyżej i poniżej guza powięź, uareszcie zszyto skórę; zewnętrzną część guza odcięto i przyszyto brzegi otworu do skóry. Do worka wprowadzono gazę. Opatrunek. Ściana wyciętej torby na obu swoich powierzchniach gładka; na wewnętrznej powierzchni tu i ówdzie widać jakieś białe plamy — jakby zorganizowane stare złogi włóknika. Grubość ściany = ± 1 mm.

Stan pooperacyjny chorej początkowo przebiegał bez powikłań, samopoczucie dobre, ciepłota nie przekraczała 37,4, wiatry przy umiarkowanie wzdętym brzuchu odeszły trzeciego dnia. Na 6-ty dzień usunięto gazę z rany; przy zmianie opatrunku wydzieliło się nieco cieczy surowiczo-krwawej; 10-go dnia zdjęto klamerki — rana zagoiła się doszczętnie. W dwa tygodnie po operacji chora zaczęła uczuwać bóle w brzuchu, ciepłota stopniowo zaczęła się podnosić i dnia 19. XII. dosięgała 40 stopni. Przy badaniu stwierdzono guz — wielkości pięści, chełboczący, ruchomy, przylegający do poprzednio zarośniętej przetoki — wobec czego łatwo było wnioskować, że mamy do czynienia z zastoiną — która zebrała się w pozostawionej części torbieli. Nadcięto bliznę — względnie ścianę torbieli i wypuszczono około pół szklanki cieczy ropiastej, do rany wprowadzono dren gumowy. Dalszy długotrwały przebieg — bez powikłań; opatrunki zmieniano co drugi dzień, co pewien czas wlewano nalewki jodowej do przetoki — z której sączył się płyn mleczowy. Dnia 13-go marca wypisała się — zraną zagojoną niezupełnie, lecz bez przetoki.

Badanie płynu torbielowego, wykonane przez Dra Mutermilcha, wykazało, iż jest to płyn mleczowy, mianowicie płyn barwy mlecznej, odczynu dość wyraźnie alkalicznego; ciężar gatunkowy 1011; białka 1,2%. Płyn po wstrząśnięciu z eterem wyjaśnia się. Przy badaniu drobnowidowem znajdujemy: 1. mnóstwo drobniutkich pyłków i ziarenek tłuszczu, 2. pojedyńcze czerwone krążki, 3. pojedyńcze limfocyty.

Badanie anatomopatologiczne ściany torbieli, dokonane w Instytucie anatomji patologicznej Uniw. warszawskiego, wykazało co następuje: ściana torbieli składa się wyraźnie z trzech warstw (rys. 1.), 1. zewnętrzna surowicza — to jest pokrycie otrzewnowe; 2) środkowa, składająca się: a) z tkanki łącznej ze zmianami szklistemi i b) z mięśni gładkich; 3. warstwa nabłonka wielowarstwowego — w nim: (rys. 2.) a) przeważają komórki nieduże, źle rozwojowo wykształcone, ciemno barwiące

się, z małą ilością protoplazmy, b) komórki duże, jasne, z ciemno barwiącem się jądrem pośrodku z protoplazmą siatkowatą i c) przejściowe między a i b — pozatem dużo protoplazmy ciemnej, jednakowo barwiącej się. Układ komórek wzajemny — idą pasmami, żadnej prawidłowości i wzajemnego stosunku nie udaje się ustalić. Miejscami warstwa komórek jest rozdzieloną przez pasma tkanki łącznej, idącej równolegle do powierzchni, na dwie warstwy. W środkowej warstwie (2), liczne włókna sprężyste, naczynia o grubej ściance, nacieki z limfocytów naokoło naczyń. Niezależnie od błony środkowej (a) — pod nabłonkiem pasemka mięśni gładkich, wyglądające, jak mięśniówka śluzówki.



Rys. 1


Rys. 2.

Na tej sasadzie musimy całość uważać za ścianę, składającą się z warstw, właściwych dla układu pokarmowego, z tem, że — po pierwsze — warstwa nabłonków nie przypomina nam typu żadnego spotykanego w normie; po drugie — że w warstwie środkowej mamy niedorozwój lub zanik mięśni gładkich.

Wygląd pseudośluzówki najbardziej przypomina obraz przy *gastritis hyperplastica glandularis* (przerost śluzówki).

Przypadek nasz pod względem patogenetycznym zaliczamy do grupy nowotworów torbielowatych wrodzonych, powstałych na tle zaburzeń w rozwoju płodu, mianowicie z odszczepienia uchyłka żołądka, albo też grupy komórek z pierwotnego traktu pokarmowego w stadjum początkowego rozwoju embryonu; można nazwać nowotwór ten — *cystoma entodermale embryonale*. Zawartość torbieli da się wytłómaczyć możliwością istnienia połączenia z *ductus thoracicus*, lub też innego połączenia z nieprawidłowo założonemi płodowemi odcinkami naczyń mleczowych.

Przeglądając w dostępnem mi piśmiennictwie przypadki, ogłoszone jako torbiele krezkowe, zawierające płyn mleczowy — nie spotkałem podobnego do podanego — ani co do budowy anatomopatologicznej ściany, ani co do miejsca usadowienia się torbieli.

Schramm opisał i wyjaśnił pochodzenie naczyniaka mleczowego krezki. W przypadku jego, dotyczącym 7-mio letniego chłopca, w krezce cienkiego jelita siedział olbrzymi guz torbielowaty, zrośnięty na przestrzeni około 30 cm z pętlą jelita cienkiego, mocno spłaszczoną i rozciągniętą. Ponieważ wyłuszczenie technicznie było niewykonalne, więc wycięto część ściany torbieli po uprzedniem wypuszczeniu zawartości, a resztę ściany wszyto do ściany brzusznej. Białawy płyn w torbieli zawierał dużo tłuszczu, a ściana złożona z tkanki łącznej, wśród której znajdywały się włókna mięśni gładkich; wnętrze torbieli wysłane jednowarstwowym nabłonkiem.

Spaeth opisał torbiel wielkości dwu pięści, wyjętą z trzonu krezki jelita cienkiego u 39-let. kobiety; torbiel wypełniona była płynem mleczowym; ściana zawierała włókna mięśni gładkich, wyściółka z jednowarstwowego śródbłonka.

Przypadek Anufriew'a dotyczy 26 let. kobiety; z powodu trudności wyjęcia dużego guza krezki A. poprzestał na wyciągnięciu z niego 400 cm^3 płynu mleczowego i częściowem wycięciu worka, uprzednio podwiązanego w miejscu jak najniższem.

Deaver opisał wrodzoną torbiel w krezce jelita biodrowego; autor wyciął pętlę wraz z krezką, zawierającą torbiel mleczową.

Podobnąż torbiel mleczową wielokomorową, wysłaną wewnątrz jednowarstwowym nabłonkiem, która siedziała w krezce jelita cienkiego i wywoływała częściową niedrożność jelita — opisał Belfrage.

Znacznie więcej jest opisanych torbieli mleczowych zastoinowych — tych jednak, jako nie dotyczących naszego przypadku, podawać tu nie będziemy.

Torbiele krezkowe — pozaotrzewnowe — występują w każdym wieku, najczęściej jednak w 30 roku życia, początek ich sięga nieraz nawet życia płodowego.

Rozpoznanie dokładne — szczególnie we wczesnym okresie — wobec braku wyraźniejszych objawów jest niemożliwe. Z dużem prawdopodobieństwem można rozpoznawać torbiel pozaotrzewnową dopiero wówczas. gdy daje się wyczuć, jako okrągły guz sprężysty, o powierzchni gładkiej niekiedy chełboczący, przesuwalny z boku na bok, a zwłaszcza ku górze. Torbiele pozaotrzewnowe rosną powoli i mogą dochodzić do znacznych rozmiarów i przez ucisk wywoływać zaburzenia w drożności kiszek. Berkeley podaje, jako objaw rozpoznawczy torbieli krezkowych w odróżnieniu od wysięków zapalnych, ropni jamy brzusznej i t. p., brak wypuklenia pępka; od torbieli zaś przydatkowych jajnikowych wielką przesuwalność i opadanie ku górze przy ułożeniu Trendelenburga. I te objawy jednak zawodzą, zwłaszcza w razie obecności zrostów z otrzewną ścienną. Nic też dziwnego, że operowano przypadki nawet dużych torbieli krezkowych, jako torbiele jajnikowe, jako gruźlicze zapalenie otrzewnej (Schramm, Marsch, Haeczel), jako niedrożność jelit (Gabszewicz) lub jako zapalenie wyrostka robaczkowego (Willams).

Rokowanie w przypadkach torbieli pozaotrzewnowych naogół jest dobre, może jednak stać się niepomyślnem w razie obumarcia jelita wskutek skręcenia się torbieli wraz z niem do około swej osi. Wielkie torbiele mogą naciskać na splot trzewny (*plaxus solaris*) i wywoływać bóle, lub przez zrosty i ucisk na jelita, objawy niedrożności. Zaburzenia te są więc wskazaniami do wczesnego zabiegu leczniczego. Co się tyczy sposobów postępowania w leczeniu torbieli pozaotrzewnowych — to najpewniejszem jest doszczętne usunięcie guza uszypułowanego, lub też wyłuszczenie, o ile chodzi o nieduże, niezrośnięte torbiele, siedzące między listkami krezki — przyczem nie należy obrażać łuku naczyniowego, splotu trzewowego i ściany guza; po wyjęciu torbieli ranę w krezce zaszywa się doszczętnie (Spaett).

Jeżeli jednak — jak w naszym przypadku, oddzielenie guza okazuje się niemożliwem — to najpomyślniejszym sposobem postępowania jest następujący: o ile możności na przestrzeni jak najwięcej oddzielić wolną część guza, wypuścić zawartość, podciągnąć na zewnątrz zapadający się worek, odciąć go jak najniżej i resztę worka wszyć do brzegu rany brzusznej. Tak postąpiliśmy w naszym przypadku i również tym sposobem otrzymywali szybkie i bez szkodliwych następstw wyleczenie torbieli Schramm, Petriwalski i Kostliwy.

Dla unaocznienia wielkości niebezpieczeństwa w poszczególnych sposobach operowania powtarzamy podane w 1913 r. przez Chołmskiego liczby śmiertelności na podstawie 81 w różny sposób operowanych przypadków; najmniejszy % śmiertelności, bo tylko 10,7% okazał się

przy nacięciu i wszyciu torbieli do jamy brzusznej, 18% przy enukleacji i wyjęciu torbieli niezrośniętych, a 33% śmiertelności przy wyłuszczeniu torbieli zrośniętych, względnie przy wycięciu kawałka jelita z krezką, zawierającą torbiele.

Piśmiennictwo:

1) Schramm: Przegl. lek. 1901, 1900, 1907. 2) Zembrzuski: Gaz. lek. 1909. 3) Gabszewicz: Gaz. lek. 1897. 4) L. Warchoł: Lwow. Tyg. lek. Nr 7. 1920. 5) E Kaufman: Lehrb. d. speziel Pathol. anat. 1907 str. 535. 6) Traver: ref. Zbltt. f. Chir. 1905 N. 19. 7) Axtell: Annols of surg. 1911. 8) Dowd; Zbltt. f. Chir. 1912 N. 8. 9) Marsch u. Mousarrat: Brit. med. journ. 1901. 10) Anufrijew: Chirurgia 1898. 11) Aschoff: Spez. path. Anat. 1919 r. 12) A. Bauer: Bruns Beitrage v. klin. Chir. 13) Bolognesi: Zbltt. f. Chir. 1912. 14) Spaeth: M. med. W. 1898. 15) Haeckel Verhandl. d. deutsch. Gesel. f. Chor. Kongress XXVII. 16) Petrivalsky: Casopis lekařu ceskych 1905. 17) Kostlivy: Zeistchr. f. Chor. Tom XCI. 18) Makins: Retroperitoneal and mesent. cyst. of a simte natur. Annals of surg. 1911. 19) Roegner: Virch. Arch. Tom CLXXXI. 20) Heinzelmann: D. med. W. 1906. 21) Outerbridge: Annals ot surg. 1914 Nr. 6. 22) Deoner: Tamże 1909. 23) Belfrage: Hygiea 1910. 24) Weher: Deutch. Zeitschr. f. Chir. 1910. 25) Bogojowlensky: Zbllt. f. Chir. 1910 27) Walther: Bull et mém. de la soc. Chir. de Paris. Tom XXXVII 1911. 28) Michel: Arch. prov. de Chir. 1913. 29) Cholmski: Chir. Archiv Weljaninowa 1913. 30) Prichard: Bristol med. chir. journ 1903. 31) Hartwig: Zbltt. f. Gynaekol. 1909.

Dr. Józef Szymanowicz. Kraków.

Przyczynek do histologji i anatomji ciąży w szczątkowym rogu macicy.

Z kliniki ginekolog.-położniczej Uniw. Jag.
(Dyrektor Prof. A. Rosner).

Werth, pisząc swoje duże i wyczerpujące studjum na temat ciąży w szczątkowym rogu macicy, zachęcał do dalszych publikacyj i dokładnego opracowania anatomicznego i klinicznego nowych napotkanych przypadków. I chociaż do dzisiejszych czasów ogłoszono już przeszło sto publikacyj o tem niefortunnem sadowieniu się ciąży, to jednak istnieje tak olbrzymia różnorodność tej anomalji ciążowej, że nie od rzeczy będzie, idąc za zachętą Wertha, dodać do piśmiennictwa w tym przedmiocie ogłoszonego i moje spostrzeżenie, które może rzucić pewne światło na tę chorobową postać ciąży i przyczynić się, choć w pewnym kierunku, do wyświetlenia niejasnych jeszcze z tą sprawą związanych zagadnień.

Bo mimo, że, jak wspomniałem, piśmiennictwo odnoszące się do tego przedmiotu, jest dość obfite, to jednak przeważna liczba tych przypadków była opracowaną dokładniej z punktu widzenia klinicznego i rozwojowego, a mniejszą wagę kładziono na stronę histologiczną. Jeżeli zaś znajdują się opracowania histologiczne, to zajmują się przedewszystkiem mięśniem i szypułą, łączącą oba rogi macicy, a pomijają inne zagadnienia z tą sprawą związane.

Zanim przedstawię pokrótce kliniczny obraz i wynik badania mikroskopowego w mojem spostrzeżeniu, zajmę się etjologją, przebiegiem klinicznym w ogólności i możliwością zejścia takich przypadków. Uwzględnić pragnę także stan zapatrywań na histologiczną stronę ciąży w szczątkowym rogu macicy.

Nieprawidłową tę ciążę zaliczono do ciąży zewnątrzmacicznej (*graviditas ectopica*) z powodu stosunków anatomicznych, wśród jakich powstaje i rozwija się. Jest ona następstwem nieprawidłowego ukształtowania się macicy w życiu zarodkowem, gdzie tylko po jednej stronie doszło do zupełnego rozwoju macicy, po drugiej zaś stronie jej róg pozostaje mniej lub więcej niedokształcony. Stopień tego niedokształtu uwidocznia się między innemi w silniejszem lub słabszem połączeniu prawidłowego rogu ze szczątkowym.

Do ciąży w takich razach przyjść może tylko wtedy, jeżeli, czyto połączenie jamy rogu niedokształconego z dolną częścią kanału rodnego jest otwarte, czyto jeżeli niema tego połączenia, ale jajowód strony nieprawidłowej przepuści zapłodnione już jaje, w którym to przypadku plemniki przejść tylko mogły przez macicę i jajowód strony prawidłowej. Nigdy zaś zapłodnienie nastąpić nie może, gdy przy zamkniętem, dolnem połączeniu, miesiączkowanie odbywa się w rogu szczątkowym, ponieważ krew w nim pozostająca wytwarza krwiak i przeszkadza zagnieżdżeniu się jaja.

Nie zdaje mi się prawdopodobnem zapatrywanie Leopolda, jakoby wytwór miesiączkowania (śluz, krew) w trzonie macicy mógł być wessany, lub Engströma, który przypuszcza możliwość powrotnego dostania się krwi z jamy macicy, przez jajowód do jamy otrzewnej. Pewniejszem jest natomiast przypuszczenie, że niedokształcona błona śluzowa wogóle nie miesiączkuje, jakkolwiek to ostatnie przypuszczenie zostało podane w wątpliwość przez badania Schäffera.

Jeżeli niema połączenia rogu niedokształconego z rogiem prawidłowym, względnie dolnemi częściami narządu rodnego, wtedy, o ile jaje zapłodnione pochodzi z jajnika strony zdrowej, przewędrować musi na stronę rogu szczątkowego i przez jego jajowód dostać się do wnętrza. Jest to tak zwane zewnętrze przewędrowanie jaja.

Jakkolwiek spostrzeżenia ciąży w niedostatecznie rozwiniętym rogu macicy dwurożnej, jednoszyjnej sięgają już około 300 lat — bo przecież już Mauriceau opisuje i przedstawia preparat ciąży w szczątkowym rogu macicy, nie zdając sobie sprawy, że to jest taka ciąża i uważając ją za ciążę jajowodową — to jednak pierwsze pewne rozpoznanie tego cierpienia kazało czekać na siebie aż do połowy XIX w. Pierwszą bowiem wzmiankę o rozpoznanem cierpieniu pozostawił Rokitansky z roku 1842, a dokładny anatomiczny opis zawdzięczamy dopiero Kussmaulowi. Ciążę w szczątkowym rogu spostrzegano w różnych okresach jej rozwoju i stąd różnorodność preparatów anatomicznych. Co do histologicznej budowy, to najlepiej i najszerzej opracowano błonę mięsną, choć sprawa jej budowy nie jest dostatecznie rozstrzygnięta.

Jedni autorowie, z Werthem na czele, znajdowali w ścianie rogu w odcinku podstawnym silniej rozwiniętą i znacznie zgrubiałą warstwę mięśną, ku górze zaś i ku szczytowi niepomiernie cieńszą. W mięśniu tym, a zwłaszcza w dolnej części, wykazywano wyraźne trzy warstwy, a mianowicie zewnętrzną i wewnętrzną z przebiegiem włókien równoległym, podobnie jak w prawidłowej ścianie macicy, i średnią z przeplatanemi wiązkami włókien i silnie rozgałęzionemi naczyniami. W cieńszych odcinkach warstwa średnia nie daje się wyróżnić, zewnętrzna zaś i wewnętrzna, w miarę większego lub mniejszego rozciągnięcia, są więcej lub mniej zanikłe.

Engström, Werth, Beckmann wykazali znaczny przerost tkanki łącznej międzymięśniowej na niekorzyść komórek mięsnych, zwłaszcza w pobliżu miejsc pęknięcia, Środkowa warstwa, jeżeli da się wyróżnić, ma zawierać szczególnie dużą ilość tkanki łącznej.

Kehrer i inni nie spostrzegali tego podziału na trzy warstwy, a mniej jeszcze przerostu tkanki łącznej; opisywano natomiast wybitny naciek drobnokomórkowy w pobliżu brzegu pęknięcia. W górnym biegunie pęknięcia wykazał Kehrer martwicę, a dalej nieco wybroczyny między wiązkami mięśni. Sądzę, że przyczyną tych różnic jest wybór materjału i, że dadzą one się pogodzić, jeżeli obrazy opisane przez Engströma i Wertha przyjmiemy jako okresy późniejsze tej samej sprawy, opisanej w okresach wcześniejszych przez Kehrera.

Zupełnie rozbieżne są wyniki badań co do zachowania się wewnętrznej wyściółki w ciężarnym rogu macicy: i tak w wielu przypadkach znajdowano błonę śluzową zanikłą, zawierającą mało gruczołów, lub zupełnie bez gruczołów niezdolną do wytworzenia doczesnej. Badania Mayerhoffa, Schmidta, Wiliamsohna, a zwłaszcza dokładne Köllikera w przypadku Scansoniego przy dostatecznie rozwiniętej błonie mięsnej nie wykryły gruczołów w błonie śluzowej, doczesna w tym przypadku nie rozwinęła się zupełnie, Landau, Engström i Porter stwier-

dzili znowu dobrze rozwiniętą doczesną, lecz bez podziału na prawdziwą i zagiętą.

Badania histologiczne szypuły, łączącej oba rogi macicy, wykazywały we wszystkich badaniach — około 100 przypadkach — zawartość włókien mięsnych; światło przewodu w szypule stwierdzono tylko 19 razy, a w kilku preparatach kanalizacja była niezupełną, Kussmaul starał się udowodnić, że kanał w szypule zrazu istnieje, a dopiero później wskutek spraw zapalnych, jako też przechodzenia nań doczesnej, zamyka się. Trudno zgodzić się z tem przypuszczeniem, tem bardziej, że względnie rzadko spostrzegano tworzenie się doczesnej w rogu szczątkowym, a tylko raz opisano jej obecność w kanaliku szypuły.

Los ciąży w szczątkowym rogu może być rozmaity, zależny częściowo od rodzaju wady: wcześniejsze lub późniejsze przerwanie ciąży przez śmierć płodu i zatrzymanie go, donoszenie aż do prawidłowego końca, a wreszcie, najczęściej spostrzegane, pęknięcie rogu z następową śmiercią płodu.

Na 100 przypadków, zestawionych przez Wertha, w 45 nastąpiło pęknięcie i to w różnych miesiącach rozwoju; najwięcej przypadło na czwarty miesiąc. Pęknięcie odbywa się w tym rodzaju ciąży nieco inaczej, niż przy ciąży jajowodowej, gdzie nastaje zniszczenie podłoża przez łożysko i następowe pęknięcie. Jednak i taki sposób pęknięcia zdarza się, chociaż mechaniczny, daleko częściej jest przyczyną pęknięcia. Powstaje on w ten sposób, że rosnące jaje rozpycha otoczenie, ściany niezmiernie cieńczeją, a nieznaczny tylko uraz wywołuje rozdarcie.

Kombinacją tych dwóch sposobów zakończył się najprawdopodobniej przypadek, który niżej opiszę. Że bezpośrednią przyczyną pęknięcia był uraz, to podawała chora i jej otoczenie, a że ściana macicy w miejscu pęknięcia była cienką, jak papier, przez zniszczenie jej kosmkami łożyska, i łatwiej uległą mechanicznemu rozsadzeuiu, to można łatwo spostrzedz na preparacie. Szeroko ziejące brzegi otworu dowodzą, że pęknięcie musiało być gwałtowne, a wskazują na to i części łożyska, które zostały do jamy brzusznej wyrzucone i pływały wolno we krwi.

Pęknięcie ciężarnego rogu szczątkowego kończy się zwykle śmiertelnie z powodu upływu krwi, zwłaszcza, jeżeli nastąpiło ono w miejscu siedziby łożyska i jeśli mięsień po pęknięciu wskutek zatrzymania płodu nie mógł się skurczyć. Jako przykład szczęśliwego zejścia po pęknięciu podać mogę przypadek operowany przez prof. Rosnera w klinice krakowskiej, gdzie mimo szerokiego rozdarcia mięśnia rogu szczątkowego, nie znaleziono w jamie brzusznej prawie ani śladu krwi, gdyż mięsień był dostatecznie skurczony po wypadnięciu płodu przez szeroką dartą ranę.

Wspomniałem już wyżej, jak często ciąża w rogu szczątkowym kończy się pęknięciem; chciałbym jeszcze dodać, że przyczynia się do tego i nie równomierne rozwijanie się ścian rogu szczątkowego w ciąży. Znacznicjsze rozciąganie się wewnętrznej ściany sprawia, że tutaj właśnie w górnym wewnętrzym odcinku, jako miejscu największego rozciągnięcia, następuje pęknięcie.

Historja przypadku, z którego preparat posłużył nam jako materjał do badania histologicznego, przedstawia się następująco:

Dnia 18. I. 1920 przywieziono do kliniki gin. położ. U. J. 21 kobietę, żonę wieśniaka z okolic Krakowa.

Wywiady bardzo małe i niedokładne, bo chora prawie nieprzytomna, a otoczenie nie wiele umie podać. W każdym razie dowiedziano się, że chora jest w czwartym miesiącu w ciąży; miesiączkowała zawsze regularnie od 17 roku, wśród znacznych bólów, ostatni raz przed 3 miesiącami. Poprzednio była zawsze zdrowa, a zaniemogła nagle, po uderzeniu się w dolną część brzucha o ostry kant ławki w dniu przybycia na klinikę. Gwałtowny ból dołem brzucha i objawy ostrej niedokrwistości zmusiły chorą do szukania pomocy na klinice.

Stan obecny: Powłoki skórne i dostępne błony śluzowe blada, prawie białe, tętno nitkowate, niedające się zliczyć. Obmacywanie i opukiwanie wykazują dużą ilość wolnego płynu najprawdopodobniej krwi — w jamie otrzewnej. Badanie ginekologiczne potwierdza obecność wolnej cieczy w jamie otrzewnej; macica nieznacznie powiększona, ku stronie lewej przechylona, a obok niej po stronie prawej znajduje się guz, wielkości dwu pięści, z macicą zrosły, nieruchomy, elastyczny.

Rozpoznanie kliniczne brzmiało: Graviditas tubaria dextra rupta, inundatio sanguinolenta peritonei, anaemia acuta. Natychmiastowa operacja w lekkiem uśpieniu eterowem. Stwierdzono ciążę w prawym szczątkowym rogu macicy, z pęknięciem na szczycie, około 10 cm długiem; w jamie otrzewnej znaleziono olbrzymią ilość krwi.

Po delikatnem oddzieleniu nielicznych zlepów i częściowem usunięciu kwi, spostrzeżono na przedniej i wewnętrznej stronie guza pęknięcie, na którego brzegach poruszają się wolno kosmki łożyska, częściowo porwane i pływające we krwi jamy brzusznej. Błony płodowe całe, z poza nich przeświecają części płodu. Teraz dopiero daje się stwierdzić stosunek szczątkowego rogu do macicy i przydatków. Pokazało się, że podstawa guza, zawierającego płód, przyczepia się do prawej dolnej części macicy, mniej więcej w okolicy przejścia szyjki w trzon, zapomocą 3 cm szerokiej, a 2 cm długiej mięsistej szypuły. Macica znacznie powiększona, soczysta, lewe przydatki prawidłowe; w jajniku lewym obecnie prawidłowe ciałko żółte, wielkości orzeszka laskowego. Szczypcami (Klemme) ujęto prawy wiąz szeroki z więzadłem lejkowo-miednicem (infundibulo-pelvicum) i mięsisty postronek, łączący oba rogi macicy, poczem odcięto szczątkowy róg z przydatkami. Naczynia podwiązano każde z osobna, kikuty obszyto; jamę brzuszną zamknięto w typowy sposób.

Tętno w czasie operacji niewyczuwalne, po wlewaniach dożylnych fizjologicznego roczczynu soli i środków sercowych, zjawiło się na tętnicy sprychowej i przez pewien czas się utrzymywało. Duża jednak utrata krwi nie dała się zastąpić i chora w godzinę po zabiegu zmarła.

Badanie preparatu **gołem okiem**: Guz około dwóch pięści męskich, elastyczny, mięsisty, pokryty lśniącą, gładką otrzewną, z poza której prześwieca gęsto rozwinięta sieć naczyń żylnych. Wysokość guza 12 cm, szerokość 10·5 cm. Od dołu i wewnętrznej strony widać powierzchnię przeciętej szypuły ($1\frac{1}{2} \times 2\frac{1}{2}$ cm) mięsnej, bogato unaczynionej. Kanału otwartego ani gołem okiem, ani zgłębnikiem nie udaje się stwierdzić. Od przodu, dołu i zewnątrz ku tyłowi, górze i wewnątrz przebiega 14 cm długa rana pęknięcia, o brzegach nierównych, strzępiastych, zajmująca całą grubość ściany mięśniowej, drążąca do błon. Z rany wypada gąbczasta, ciemno-czerwona, poszarpana tkanka łożyskowa. Po przez nienaruszone błony płodowe, przeświecają nóżki dobrze rozwiniętego 4 miesięcznego płodu.

Niedaleko odciętej szypuły na przedniej zewnętrznej ścianie preparatu widnieje miejsce przyczepu więzadła obłego. Jajnik dobrze rozwinięty, 5 cm długi, 2 cm szeroki, bez ciałka żółtego. Poniżej miejsca pęknięcia, na górnej bocznej części usuniętego rogu, widać jajowód, biegnący skośnie na zewnątrz i ku dołowi. Długość jego na świeżym preparacie wynosiła 10 cm; budowa zupełnie prawidłowa. Jajowód w początkach przekroju wąski, rozszerza się powoli i kończy strzępkami o prawidłowem wejrzeniu. Przy końcu ujścia, które jest otwarte jak i cały jajowód, znajduje się wodniczka (hydatis), część domaciczna przechodzi prawidłowo w błonę mięsną rogu.

Pęcherz płodowy, przeświecający, zawiera jasny płyn i płód dobrze rozwinięty. Ściana mięsna jest rozmaicie gruba: od bardzo cienkiej, prawie bibułkowato rozciągniętej w miejscu pęknięcia, dochodzi do 5 mm grubości w dolnej i zewnętrznej swej części. Łożysko usadowione na całem wnętrzu, najsilniej rozwinięte na dolnej zewnętrznej ścianie.

Badanie **drobnowidowe**: Utrwaliwszy preparat w formalinie, wyciąłem z niego w czterech miejscach kawałeczki do badania histologiczoego. Jeden wycinek stanowił poprzeczny przekrój szypuły: drugi był wycięty z brzegu pęknięcia; trzeci również z podobnego miejsca, tylko z łożyskiem, czwarty z dna rogu szczątkowego. Wycinki te przepoiłem parafiną, a preparaty barwiłem haematoksyliną i eozyną.

W kilkudziesięciu skrawkach krótkiej, mięsistej szypuły nie stwierdziłem nigdzie ani światła, ani szczątków utkania gruczołowego, któreby mogły budzić przypuszczenie bezpośredniego połączenia między obu częściami macicy. Pod mikroskopem przedstawia się szypuła w postaci zbitego, gładkiego mięśnia, którego pęczki krzyżują się i między sobą splatają nieregularnie w różnych kierunkach. Poszczególne komórki mięsne wydają się prawidłowemi. Na preparacie uderza obfitość naczyń krwionośnych większych

i mniejszych, wypełnionych dość często krwinkami; gdzieniegdzie można spotkać wybroczyny między włóknami mięsnemi. Tkanka łączna, zwłaszcza okołonaczyniowa, silniej rozwinięta, niż w mięśniu macicznym prawidłowym.

W budowie warstwy mięsnej rogu szczątkowego spostrzedz można wybitną różnicę między częścią podstawną a górną, zwłaszcz w okolicy miejsca pęknięcia.

W dolnej części błona mięsna składa się z dwóch warstw; cieńszej, okrężnej zewnętrznej, przylegającej do otrzewnej, i grubszej wewnętrznej o nieregularnym przebiegu pęczków mięsnych. Włókna mięsne są tutaj znacznie przerosłe, tkanka łączna prawidłowo rozwinięta. Naczyń krwionośnych bardzo dużo, o ścianach zgrubiałych, zwłaszcza środkowa warstwa jest w nich znacznie przerosłą. Śródbłonek silnie rozwinięty wpukla się do światła naczyń. Błona śluzowa tej, prawidłowo co do mięśniówki rozwiniętej, części macicy, nie przedstawia cech prawidłowej doczesnej. Brak w niej podziału na dwie warstwy: zbitą, z charakterystycznemi komórkami doczesnemi i gąbczastą z obfitemi, silnie rozgałęzionemi gruczołami. Doczesna ta jest nieznacznie zgrubiałą błoną śluzową, w której gdzieniegdzie udaje się znaleźć proste, dość długie, jakby przypłaszczone gruczoły.

Wogóle obraz w tej części rogu nie odbiega zasadniczo od budowy prawidłowej macicy w prawidłowej ciąży, z wyjątkiem błony śluzowej, która nie zmieniła się w doczesną. Miejsce pęknięcia przedstawia się zupełnie inaczej: tutaj warstw mięsnych nie można odszukać. Ściana składa się tylko z tkanki łącznej jądrzastej, nieco obrzękłej. Jądra dość duże o różnym kształcie, wplecione są niejako w substancję włóknistą międzykomórkową. Trudno rozstrzygnąć, czy komórki tkanki łącznej wyżej wymienione, a tak bardzo podobne do młodych komórek doczesnej, nie są niemi w rzeczywistości. Wobec jednak braku doczesnej w tych częściach preparatu i dość głębokiego wnikania komórek tych między włókna tkanki łącznej przypuścić raczej należy, że są to komórki łącznotkankowe. Miejscami spotkać można naciek drobnokomórkowy. Wśród tkanki łącznej wplecione są gdzieniegdzie włókienka mięsne w bardzo małej ilości, bez przerostu. Dość znaczna ilość drobnych naczyń, jednak bez zmian opisanych dla dolnych części, uzupełnia obraz.

Na żadnym przekroju wycinków z łożyskiem nie powiodło się stwierdzić, ani śladów gruczołów, lub błony śluzowej, któreby mogły dać początek doczesnej. Kosmki łożyska rozpychały pęczki mięśnia, wnikały weń bezpośrednio, a bliżej miejsca pęknięcia dochodziły aż pod jego zewnętrzną, otrzewną powierzchnię.

Oceniając wyżej przedstawiony przypadek na podstawie badania drobnowidowem i gołem okiem, dochodzimy do następujących wniosków.

1) Chodziło tutaj niezawodnie o ciążę w szczątkowym rogu macicy; już samo bowiem połączenie pustej części z ciężarną zapomocą dość wąskiego postronkowatego pasma wyklucza inne przypuszczenie, a także miejsce wyjścia przydatków w stosunku do guza zawierającego płód, potwierdza rozpoznanie.

2) Połączenia między rogiem ciężarnym a drugim nie było, a ponieważ jaje pochodziło z lewego jajnika — jak na to wskazywało ciałko żółte — więc w okolicy tego jajnika zostało zapłodnione i, odbywszy t. zw. wędrówkę zewnętrzną, dostało się przez prawy jajowód do prawego rogu szczątkowego.

3) Pęknięcie szczątkowego rogu nastąpiło po lekkim urazie ściany rozsadzonej przez rozrost jaja, a nadwerężonej przyczepem łożyska

4) Zatrzymanie jaja w pękniętym rogu i nie wypadnięcie do jamy otrzewnej, wykluczyło skupienie się mięśnia (retrakcję), które, jakkolwiek niedostateczne, byłoby jednak zmniejszyło krwotok i uratowało prawdopodobnie chorą, jak się to stało w podobnym, wyżej przytoczonym przypadku.

5) Zupełny brak gruczołów i niedostateczne wykształcenie się śluzówki w szczątkowyym rogu wywołało prawdopodobnie rozległe usadowienie się łożyska.

Piśmiennictwo:

1) Beckmann W. Zeits. f. Geb. u. G. Bd. 35. 2) Brauss. W. Ein Beitrag zur Gravidität im rudimentäreu Uterushorn. Inaug. Diss. Bonn 1912. Zentr. bl. Gyn. Nr. 36 1912. 3) Cazeaux P. Etude anatomique des modifications de l'utérus au cours des grossesses ectopiques. Thése de Paris 1903—1904. 4) Cohn. Revue de Gyn. 1909 t. XII p. 3. 5) Engström O. Mitteil. aus d. gyn. Klinik Bd. III. H. 2. Berlin 1900. 6) Hoff I. Archiv. f. Gyn. Bd. 80. H. 2. 7) Keoberlé. Gaz. méd. de Strasbourg, 1886 p. 157. 8) Krowostansky. Archiv. f. Gyn. Bd. 70. 9) Krull. Archiv. f. Gyn. Bd. 62. 10) Kussmaul. Von dem Mangel, der Verkrümmerung und Verdoppelung der Gebärmutter, Würzburg 1859. 11) Limnert A. Archiv. f. Gyn. Bd. 81. H. 2. 12) Rokitansky. Lehrb. der path. Anatomie. Wien 1861. Bd. III. S. 450. 13) Scanzoni. Beitr. z. Geburtsh. u. Gyn. Bd. 1. 1854. 14) Smoler. Prager med. Wochenschr. Nr. 31—33. 1897. 15) Szefczyk. Centralbl. f. Gyn. Bd. 29. S. 1421. 16) Warin. De la grossesse développée dans une corne utérine rudimentaire et tubo utérine. Thése de Paris 1899. 17) Webster I. C. Die Ektopische Schwangerschaft. (übersetzt von Eiermann), Berlin 1896. 18) Werth R. Archiv. f. Gyn. Bd. 17. Bd. 76. H I. oraz Handb. d. Geburtshilfe v. Winkel. Bd. II. Th. 2. 19) Wiener. Archiv. f. Gyn. Bd. 26. H. 2.

M. Brill i Z. Steusing. Lwów.

O leczniczem działaniu kwasu pikrynowego przy spirochetozach miejscowych.

Z oddziału weneryczno-skórnego Wojsk. Szpitala okr. i Zakładu higjeny i bakterjologji Uniwersytetu J. K. we Lwowie.

W 6-tym numerze Polskiej Gazety Lekarskiej (5. luty 1922) pojawiło się pouczenie Minist. Zdrowia Publicz. w sprawie zapalenia gardła Plaut-Vincent'a i wrzodziejącego zapalenia jamy ustnej, z którego dowiadujemy się, że choroby te szerzą się obecnie w Polsce nagminnie, że przebieg ich jest dość ciężki, ponieważ spostrzegano nawet przypadki zejścia śmiertelnego; w pouczeniu tem Ministerstwo Zdrowia Publicznego poleca leczenie tych chorób preparatami salvarsanowemi, stosowanemi jużto miejscowo, jużto wśródżylnie.

Na oddziale weneryczno-skórnym lwowskiego wojskowego szpitala okręgowego miał jeden z nas (M. Brill) sposobność leczyć i spostrzegać w ostatnich trzech latach około 20 przypadków zapalenia gardła Plaut-Vincent'a, a doszedłszy po próbach do dobrych wyników leczniczych metodą niżej podaną — zupełnie bezpieczną, prostą i tanią, pragnie się nią z ogółem lekarzy podzielić.

Zapalenie gardła Plaut-Vincent'a rozpoznawać można z całą ścisłością po zbadaniu mikroskopowem wydzieliny. Już w rozcierce z nalotu zapalnego widzimy stale obfitą ilość krętków i wrzecionowatych prątków, które, współżyjąc, wywołują objawy zapalne błon śluzowych jamy ustnej. Rozmaite postacie wrzodziejącego zapalenia jamy ustnej, przedstawiające się klinicznie jako zapalenie dziąsła, migdałków, zapalenie gardła z martwicą, zapalenie jamy ustnej, języka i rak wodny (noma), rozpoznajemy jako zapalenie gardła Vincenta w razie obfitej ilości krętków i prątków wrzecionowatych, w odróżnieniu od spraw zapalnych innego pochodzenia, a więc szczególnie spraw błoniczych, gruźliczych, kiłowych i rtęcicy. Takiżsam mniej więcej obraz mikroskopowy przedstawia się przy badaniu wydzieliny rozmaitych postaci zapalenia napletka i żołędzi, począwszy od zwyczajnego zapalenia żołędzi aż do zapalenia jej zgorzelinowego. Stwierdzając ten fakt i przypominając, że w jamie ustnej i pod napletkiem znajdujemy z łatwością, u zdrowych zresztą osobników rozmaite krętki i prątki, zwracamy uwagę na to, że tylko w razie obfitej ilości krętków i współżycia ich z również bardzo licznemi prątkami wrzecionowatemi przy zapaleniu żołędzi uzasadnione jest twierdzenie, że drobnoustroje te, jako czynnik przyczynowy tego cierpienia, ważne mają znaczenie, tak, jak w zapaleniu gardła Plaut-Vincent'a.

Przy leczeniu obu tych schorzeń posługujemy się rozmaitemi znanemi dotychczas środkami odkażającemi, gdyż nie znamy leków swoistych. Wyniki leczenia naogół dobre, nie

zawsze nas jednak zadowalają. Dotychczas jeszcze leczenie cięższych przypadków zapalenia żołędzi, nawet nie powikłanych stulejką (*phymosis*), dłuższego wymaga czasu, a przy tak często towarzyszącej temu cierpieniu stulejce zmuszeni jesteśmy uciekać się do rozcięcia, względnie obrzezania. Przy epidemjach zapalenia gardła Plaut-Vincent'a nie zawsze pomagają chorym płukania i pędzlowania rozczynami rozmaitych środków odkażających, a więc chloranu potasu, wody utlenionej, lapisu, kwasu karbolowego, chromowego, formaldehydu, nalewki jodowej itp.; nie pomagają pewnie i szybko zabiegi, zmierzające do leczenia przyczynowego, jak pędzlowania, i nie pozbawione pewnego niebezpieczeństwa wstrzykiwania wśródżylne preparatów salvarsanowych — ba, nawet zabiegi chirurgiczne (Paquelin) nie chronią od dłuższego trwania i ciężkiego przebiegu cierpienia.

Drogą czysto doświadczalną doszedł jeden z nas (M. Brill) przy leczeniu zapalenia napletka do niezawodnego środka, który mu od szeregu lat także przy leczeniu niektórych schorzeń skórnych (wyprysk, zapalenie ropne skóry, figówka, oparzenie) oraz przy leczeniu ran doskonałe oddaje usługi. Już po jednorazowem popędzlowaniu żołędzi i wewnętrznej blaszki napletka 5%-wym rozczynem kwasu pikrynowego w alkoholu absolutnym, występuje uderzająca poprawa nawet ciężkich postaci zapalenia żołędzi (*balanitis*), a kilkakrotne powtórzenie tego zabiegu prowadzi z reguły po kilku dniach do uleczenia. Pędzluje się rozczynem tym raz dziennie, przyczem wszelkie płukania, kąpiele, przymoczki, zasypki i opatrunki są zbyteczne. Kierując się wspomnianem wyżej podobieństwem obrazu mikroskopowego przy zapaleniu żołędzi i gardła Vincenta, a nie zawsze zadowolony z wyników leczniczych po salvarsanie, jakoteż znanych ogólnie płukaniach i pędzlowaniach, zaczął wyżej wspomniany z nas używać przy zapaleniu gardła Vincent'a 5-%ego rozczynu kwasu pikrynowego w stężonym wyskoku. Wprawdzie nie miał sposobności spostrzegania bardzo ciężkich przypadków tego cierpienia, gdyż chorzy jego, oficerowie i żołnierze, a więc ludzie w pełni sił i dobrze odżywieni, nie stanowili materjału dla rozwoju zapalenia gardła V. tak podatnego, jak dzieci w schroniskach, jeńcy w obozach lub źle odżywieni i podupadli na zdrowiu żołnierze podczas wojny, ale leczył przypadki, w których znaczna część śluzówki jamy ustnej uległa zapaleniu, w których grube, kożuszkowate, szarozielonawe naloty pokrywały głębokie, cuchnące owrzodzenia dziąseł, migdałków i języka, uniemożliwiające połykanie i mówienie, — a więc przypadki o przebiegu średnio ciężkim. Jednorazowe popędzlowanie 5%-wym rozczynem kwasu pikrynowego w alkoholu sprowadzało wybitną poprawę, ujawniającą się zmniejszeniem objawów zapalnych, złagodzeniem bolów i ustaniem przykrej woni, a kilkudniowe leczenie powtarzanem dwukrotnie w przeciągu dnia pędzlowaniem doprowadzało rychło do uleczenia. Prócz chwilowego pieczenia i przykrego gorzkiego smaku chorzy wskutek leczenia żadnych nie doznawali przykrości. Znikomo małe ilości kwasu pikrynowego, użytego przy pędzlowaniu, nie wywoływały nigdy objawów intoksykacji.

Plamy na skórze po kwasie pikrynowym nikną szybko po natarciu roztworem kwasu fosforowego.

W celu przekonania się, czy 5%-wy roztwór kwasu pikrynowego w 96% alkoholu działa bezpośrednio na czynnik przyczynowy, czy też pośrednio przez wpływ na tkankę, postanowiliśmy przekonać się, jakie są właściwości bakterjobójcze wspomnianego rozczynu, a to tem bardziej, że w dostępnem nam piśmiennictwie nie znaleźliśmy żadnych dokładnych danych.

Do doświadczeń używaliśmy trzech gatunków drobnoustrojów o różnej wytrzymałości: lasecznika duru brzusznego, gronkowca złocistego i zarodników lasecznika siennego. Wytrzymałość tych drobnoustrojów na działanie pary wodnej 100°C-wej była taka, że laseczniki duru brzusznego i gronkowce złociste ginęły już po jednominutowem działaniu, natomiast zarodniki lasecznika siennego wyrastały jeszcze po 30-minutowem działaniu, po 60-minutowem zaś działaniu 100°-wej pary wodnej ginęły.

Materjał do badania przygotowywaliśmy w następujący sposób: 24-godzinne hodowle lasecznika duru brzusznego, gronkowca złocistego na agarze spłukiwaliśmy takiemi samemi hodowlami w buljonie. W gęstej zawiesinie drobnoustrojów zanurzaliśmy następnie oczyszczone chemicznie i wyjałowione granatki i suszyli je na płytce Petriego w ekssikatorze, w próżni, przy cieplocie pokojowej, osłonięte przed działaniem światła, aż do zupełnego wyschnięcia. Przy laseczniku siennym postępowano zupełnie podobnie, z tą jedynie różnicą, że używano hodowli starszych, kilkudniowych, w których badanie mikroskopowe wykazywało wielką ilość zarodników.

Drobnoustroje, zasuszone w powyższy sposób na granatkach, osłonięte warstewką buljonu, poddawaliśmy następnie działaniu 5%-ego kwasu pikrynowego w 96%-ym alkoholu oraz 1%-ego rozczynu kwasu pikrynowego we wodzie przekroplonej — w sposób, w jaki zwykle postępujemy przy takich doświadczeniach, dbając o to, ażeby nadmiar środka odkażającego usunąć następnie z granatka przez dokładne wypłukanie w trzech naczyniach z jałowym fizjologicznym roztworem soli kuchennej i przenosząc następnie dopiero opłukane granatki na agar i do buljonu.

Wyniki otrzymaliśmy następujące: 5-%-wy rozczyn kwasu pikrynowego w 96% alkoholu zabijał laseczniki duru brzusznego po 20 min., gronkowce złociste po 90 min., zarodniki zaś lasecznika siennego wyrastały nawet po trzydniowem działaniu tego środka. Natomiast 1%-wy roztwór wodny kwasu pikrynowego zabijał laseczniki duru brzusznego po 2 min., gronkowce złociste po 15 min., zarodniki zaś prątka siennego wyrastały mimo 4-dobowe działanie tego środka.

Z doświadczeń tych okazuje się, że kwas pikrynowy w roztworach wodnych zaliczyć należy do bardzo silnych środków odkażających. 1%-wy roztwór wodny zabija gronkowca po 15 min., podczas kiedy te same gronkowce giną w wodnym roztworze sublimatu 1:1000 dopiero po 30 minutach.

Działanie odkażające kwasu pikrynowego tłumaczyć można w ten sposób, że, jako środek, ścinający białko (odczynnik Essbacha) denaturuje on żywe pierwoszcze i przez to zabija drobnoustroje.

Słabsze działanie roztworów alkoholowych nie wymaga tłumaczenia, ponieważ ogólnie znaną jest rzeczą, że roztwory środków odkażających w stężonym wyskoku działają znacznie słabiej odkażająco przez to, że stężony wyskok wytwarza na powierzchni drobnoustrojów bardzo cienką warstewkę ściętego białka, względnie zmienia osłonkę drobnoustroju w ten sposób, że środek odkażający nie może wniknąć do wnętrza komórki. Roztwory środków odkażających w stężonym wyskoku nadają się jednak bardzo dobrze do odkażania ran oraz błony śluzowej, ponieważ tam ulega wyskok z jednej strony rozcieńczeniu wydzieliną przyranną, wzgl. wydzieliną błony śluzowej, z drugiej zaś strony szybkiemu wessaniu, poczem w ranie, względnie na błonie śluzowej, pozostaje właściwie wodny roztwór danego środka. Co więcej — rozczyny alkoholowe działają w takich przypadkach lepiej od rozczynów wodnych, gdyż alkohol, rozcieńczając się, przechodzi od 96%-ego, przez rozczyn 70%-owy do rozczynów słabszych, czyli może, ulegając rozcieńczeniu, wywołać dodatkowo optimum swego odkażającego działania, które, jak wiadomo, przy 70%-wem stężeniu jest najintensywniejsze.

Drugim korzystnym momentem działania roztworów alkoholowych jest to, że roztwory takie, ścinając powierzchnię tkanki, szczególnie pozbawionej ochronnego wału w postaci nieuszkodzonego nabłonka, stwarzają z jednej strony osłonę, chroniącą od nowego zakażenia i od działania szkodliwych bodźców mechanicznych i chemicznych, a z drugiej strony, unieruchomiając czynnik chorobotwórczy, przeciwdziałają szerzeniu się sprawy chorobowej »*per continuitatem*«, wreszcie utrwalają pewną ilość środka odkażającego na powierzchni rany, przez co środek działać może intensywnie przez czas dłuższy.

Ponieważ krętki są tworami daleko wrażliwszemi na działanie środków odkażających, aniżeli najmniej wytrzymałe na nie drobnoustroje, przeto z doświadczeń powyższych wy-

nika, że pod wpływem zadziałania 5%-ego kwasu pikrynowego w roztworze wyskokowym giną one zazwyczaj szybko; w ten sposób więc lecznicze działanie tego rozczynu na sprawę chorobową przez działanie bakterjobójcze znajduje wytłumaczenie i potwierdzenie doświadczalne.

Czy i o ile pewnej części wyniku leczniczego nie należy odnieść do podrażnienia tkanki i zwiększenia przez to jej odporności, tego na razie nie można rozstrzygnąć.

Doc. Dr. F. Walter. Kraków.

O znaczeniu gruczołów dokrewnych w etjologji liszajca pryszczykowego. *(Impetigo herpetiformis Hebrac).*

Z oddziału chorób skórnych i wenerycznych szpitala św. Łazarza. Prymarjusz: Doc. Dr. F. Walter.

(Dokończenie)

Hebra i Neumann, uważali cierpienie to, za bezwzględnie zawisłe od ciąży; Hebra przypuszczał, że przyczyną są zmiany chorobowe w narządzie rodnym kobiecym, jakoteż i jedno gruźlicze zapalenie otrzewnej reflektoryczne podrażnienie naczyń kwionośnych i nerwów podczas ciąży i połogu. Kaposi na podstawie obrazu anatomo-patologicznego 3 sekcyj, (dwa zapalenia macicy i zapalenia dookołamaciczne zmienił swe poprzednie, zgodne z przypuszczeniami Hebry zapatrywania, uważając I. h. za sprawę pyemiczną. [1])

Du Mesnil przyjmował, jako przyczynę, schorzenie układu nerwowego, Dubreuil wrodzoną lub nabytą skłonność, lata całe będącą w utajeniu; Tommasoli, zatrucie ustroju z powodu wadliwej przemiany materji. Wechselmann za warunek istnienia I. h., uważał ciążę a cierpienie jako wyraz zatrucia jadami łożyskowemi, wskutek niedowładu narządów neutralizujących ciała szkodliwe dla ustroju, a szczególnie wątroby i nerek. I. h. zaliczyć należy do rzędu schorzeń skórnych występujących w ciąży, gdyż jedna i ta sama szkodliwa przyczyna może wywołać różne postacie wykwitów skórnych, różniących się tylko stopniem nasilenia. Scheuer łączy teorję Seitza o powstawaniu drgawek porodowych z powstawaniem I. h. Te same jady, które wywołują drgawki porodowe, wywołują i I. h., a miejscem wyjścia schorzenia jest zawsze łożysko.

Teorję zakaźnego powstawania I. h., zapoczątkowaną przez Kaposiego (a częściowo i Mesnila), przyjął ostatnio Rost. Obecność drobnoustrojów ropnych, we krwi i w pęcherzykach, jak n. p. w przypadku Borzęckiego, skłaniała autorów do przypuszczenia, że drobnoustroje drogą krwionośną wywoływać mogą to cierpienie. Tak np. Borzęcki sądził że, typowe przypadki I. h., powstają drogą zakażenia zewnętrznego lub drogą krwi. Rost uważał I. h. za sprawę zakaźną, chociaż zarazka wykryć nie możemy, bo nie daje się wykazać naszemi sposobami badania. Miejscem wyjścia może być pochwa kobieca, a ciąża momentem sprzyjającym dla wyzwolenia i działania jadu, który długi czas pozostawać może na błonie śluzowej w stanie utajenia. Podobne do I. h. cierpienie, jako sprawę zakaźną, spostrzegają weterynarze u psów.

Ze spostrzeżeń klinicznych i anatomopatologicznych, wiemy, że ze zwykłemi drobnoustrojami ropnemi choroba ta nie ma żadnego związku; we wszystkich typowych przypadkach krew i treść pęcherzyków była zawsze jałowa. Scherber idzie dalej, uważając, że wszystkie te przypadki, w których stwierdzono, że sprawę chorobową wywołały paciorkowce i gronkowce, były nietypowe i że wszystkie należy usunąć z grupy prawdziwych postaci I. h.

Przy ocenianiu przyczyn powstawania I. h. musimy mieć na uwadze nie tylko obraz chorobowy, czysto skórny, ale cały zbiór objawów, jaki towarzyszy tej postaci chorobowej, oprócz bowiem dokładnego analizowania przebiegu klinicznego materjału sekcyjnego i doświadczeń na zwierzętach, towarzyszące inne cierpienia, których tło jest znane, mogą przyczynić się do rozjaśnienia pochodzenia I. h.

Przypadki Schardorna [1]) i Tryba [1]), ogłoszone w 1921 r., pozwalają przypuszczać, że przyczyny powstawania I. h. szukać należy w zaburzeniach czynności gruczołów o wewnętrznem wydzielaniu. Schardorn obserwował dwa typowe przypadki I. h. u kobiet, wieloródek, powstałe po usunięciu chirurgicznem wola i po wystąpieniu typowej tężyczki (*Tetania strumipriva*). Przebieg chorobowy w obu tych przypadkach był bardzo ciężki i oba skończyły się śmiercią. Schardorn, za przyczynę I. h. uważa zatrucie ustroju, spowodowane zmianami w czynności ciał przybłonkowatych (gruczoły przytarczyczne). Ciąża jest momentem usposabiającym do tężyczki, w czasie każdej ciąży może się ona powtarzać; schorzenie gruczołów przytarczycznych może przebiegać pod postacią utajoną, a wskutek zmian czynnościowych w narządach rodnych, zwiększenia ich zadań i wywołanych przez to zaburzeń w przemianie materji, ujawnić się może ta niedomoga pod postacią drgawek. Po skończeniu ciąży, schorzenie gruczołów przytarczycznych, powrócić może do stanu utajenia. Wrazie nasilenia zmian chorobowych, mogą wystąpić bardzo ciężkie objawy troficzne, daleko posunięte zmiany skórne, bardzo ciężki ogólny stan. Powstawanie I. h. związane byłoby do pewnego stopnia z istnieniem ciąży, bo wzmożona praca ustroju i wstrząs, którego ustrój doznaje w czasie ciąży powodują wystąpienie na pierwszy plan utajonych zmian w gruczołach przytarczycznych i samozatrucie ustroju. Schardorn poddał dokładnej rewizji ogłoszone przypadki I. h., w kierunku objawów tężyczki i zmian troficznych, ale w skąpych opisach mniej lub więcej zaznaczonych objawów, nie mógł znaleść ostatecznych danych, dla przypuszczenia istniejącej niedomogi gruczołów przytarczycznych. Schardorn zaznacza, że w przypadku I. h. Kaposiego (w którym drgawki wyraźnie były zaznaczone) wywołane, były prawdopodobnie utajonem schorzeniem gruźliczem gruczołów przytarczycznych.

Przypadek Tryba dotyczył mężczyzny; cały przebieg cierpienia i obraz kliniczny niewątpliwie przemawia za typową postacią I. h. W przypadku tym, połączonym z wybitną polyurią, badanie promieniami Röntgena wykazało powiększenie przysadki mózgowej. Stan chorobowy tego gruczołu, jak również i grasicy, może być przyczyną powstania I. h. Na zmiany w tych gruczołach w czasie ciąży zwracał już uwagę Wechselmann. Zmiany chorobowe w tych gruczołach, mogą wystąpić i u mężczyzny. W ciąży przerostowe zmiany w przysadce mózgowej (w części gruczołowej) znajdują się w każdym przypadku, łatwo też wykroczyć mogą poza stan fizjologiczny i spowodować zaburzenia w czynności tego gruczołu. Zaznacza jednak Tryb, że zmian tych nie należy uważać za jedyną przyczynę, ale tylko za czynnik współdziałający w powstawaniu Impetigo herpetiformis.

Przypadki te pozwalają przypuszczać, że przyczyny powstawania I. h., mogą leżeć w upośledzonych czynnościowo pewnych gruczołach dokrewnych. Podobnie i w moim przypadku, cechującym się równoczesnem istnieniem rozmiękczenia kości, przyjąć można, że przyczyny obu tych cierpień, równorzędnie w jednym ustroju występujących, są jedne i te same, t. j. zmiany chorobowe w gruczołach dokrewnych.

Chora nasza, już w czasie poprzednich dwóch ciąży zauważyła równoczesne występowanie, zmian skórnych i objawów w zakresie układu kostnego (bóle i utrudnienie w chodzie). Objawy te ustępujące po porodzie, wybitnie wystąpiły w czasie obecnej ciąży, doprowadzając do tak znacznych objawów skórnych i niemożności chodzenia, z powodu znacznych zmian rozmiękczynowych w kościach.

Nazwą zmięknienia kości (osteomalacja) obejmujemy schorzenia kostne, o tych samych cechach klinicznych (Osteomalacia puerperalis, senilis, jak i głodową Edelmann). Przyczyny powstawania rozmiękczenia kości wywoływane są zmianami w gruczołach dokrewnych. Różne teorje odnosiły schorzenie to do różnych gruczołów dokrewnych. Badania nad etjolologją rozmiękczenia kości związane są ściśle z bada-

---

[1]) „von der Hand bin ich auch geneigt, mit Rücksicht auf die pustulöse (eitrige) Beschaffenheit ihrer Eflo eszenzen und die erwähnten 3 Obduktionsbefunde, die I. h. als einen pyaemischen Prozess zu behalten (Arch. für Derm. B. XIX.)

[1]) Archiv für Dermatol. 132. 1921.

niami nad przemianą wapna w ustroju i nad zachowaniem się tej przemiany w czasie trwania rozmiękczenia kości.

Wapno w postaci soli węglowych i fosforowych ma przedewszystkiem znaczenie w przemianie kostnej chrząstki, ale wpływa także na zmianę, pobudliwości nerwów. Po usunięciu gruczołów przytarczyczynych, gdy wystąpi zwiększenie pobudliwości nerwów czuciowych i ruchowych, przy objawach tężyczki, zmniejsza się ilość wapna w ustroju. Oprócz zaburzeń w przemianie wapna, pojawiają się ciężkie zaburzenia w przemianie białka: zwiększenie się zasadowości i pojawienie się różnych aminów pochodzenia białkowego w moczu (*proteinogene Amine*). Gruczołom przytarczycznym przypada rola unieszkodliwiania i zobojętniania trujących produktów przebudowy białka. W przemianie wapna ma wielkie znaczenie grasica i nasadka mózgowa (a to szczególnie u zwierząt młodych), dalej substancja chromochłonna nadnercza, której schorzenie wywołuje objawy krzywicy i rozmiękczenia kości. Przypadki wyleczonego rozmiękczenia kości, przez wycięcie jajników nasuwają przypuszczenia, że wzmożenie czynności jajnika jako gruczołu dokrewnego — jest powodem wzmożonej przemiany wapna. Doświadczalnie stwierdzono, że tarczyca i przysadka mózgowa stoją w ścisłym związku z przemianą wapna, bo usunięcie tarczycy prowadzi do zmian w składzie wapna (szczególnie w mleku). Zmiany chorobowe przysadki, powstrzymują proces kostnienia a przytem gruczoł ten, podobnie jak i gruczoły przytarczyczne, unieszkodliwia jady ustroju.

Przemiana wapna nie zawisła więc od jednego gruczołu dokrewnego, ale od współdziałania wszystkich. Ten i ów gruczoł, występujący na pierwszy plan, jest tylko jednem ogniwem w łańcuchu przyczyn, a temi są, zbiorowe upośledzenia czynności gruczołów dokrewnych. Wyodrębnić jeden gruczoł dokrewny, jako przyczynę pewnego schorzenia, jest rzeczą niemożliwą, wszystkie bowiem gruczoły dokrewne, stojąc ze sobą w ścisłym związku, obejmują czynność zastępczą za inne, które znajdują się w stanie obniżonej lub upośledzonej czynności. Dlatego i rozmiękczenie kości uważać musimy za schorzenie całego zbiorowiska gruczołów o wewnętrznem wydzielaniu i ta wielogruczołowość musi być brana w rachubę przy ocenianiu powstawania rozmiękczenia kości.

Współistnienie rozmiękczenia kości, z I. h. w moim przypadku, pozwalają na rozpatrywanie pochodzenia I. h., z innego punktu widzenia, niż dotychczas. Chora równocześnie, z występowaniem pierwszych zmian skórnych, zauważyła zmiany w kościach, objawiające się przedewszystkiem bólami i utrudnieniem chodu. Z ustaniem ciąży, objawy powodowane przez oba cierpienia ustępowały, aby znów pojawić się przy następnej ciąży. W czasie ostatniej (obecnej ciąży), zmiany tak skórne,jak i kostne, doszły do znacznego nasilenia. Tłem, na którem rozwinęło się I. h., były najprawdopodobniej te same przyczyny, które powodowały zmiany rozmiękczynowe kości, a więc zaburzenia czynności gruczołów dokrewnych. I. h. najcześciej występuje u wielorodek, wzmożona praca ustroju w czasie ciąży powoduje zwiększoną czynność gruczołów o wewnętrznem wydzielanin, łatwo więc zdarzyć się może, że w razie istnienia słabszej organizacji gruczołów, przyjść może do ich wyczerpania i wywołania zmian charakteryzujących I. h. Po porodzie, gdy ustrój powraca do zwykłej pracy, ustają zaburzenia chorobowe w równowadze gruczołów dokrewnych — chora powraca do zdrowia. Jeżeli jednak zmiany w gruczołach były zbyt daleko posunięte, tak że gruczoły dokrewne nie mogą odzyskać z powrotem swej równowagi fizjologicznej, objawy chorobowe I. h. trwają i po porodzie, a nawet wskutek wypadnięcia czynności gruczołów — przybierają dla chorej obrót niekorzystny. Gdy tylko część gruczołów dokrewnych ulegnie zmianom chorobowym, mogą inne do pewnego stopnią objąć rolę zastępczą lub uzupełniającą, jeżeli jednak wszystkie wskutek szkodliwych wpływów pozbawione zostały swego działania prawidłowego, ustrój nie może powrócić do równowagi.

Zdaje się jednak, że pewne gruczoły dokrewne mają dominujące znaczenie, bo np. w czasie schorzenia jajników gruczoły przytarczyczne, mogą podtrzymać ich działanie. Gruczołom przytarczycznym przypada bardzo duże znaczenie w ustroju. Zadaniem ich jest niszczenie lub unieszkodliwianie jadów wytworzonych w ustroju (P i n e l e s, V a s s a l e, G e n e r a l i), wiemy bowiem, że nawet pewne gruczoły dokrewne mogą wytwarzać szkodliwe dla ustroju jady. Dlatego tak wiele cierpień łączono z gruczołami przytarczycznemi, jak np. rozmiękczenie kości, krzywicę drgawki porodowe, m y o t o n j ę, m y a s t e n j ę, drączkę porażenną itd. Przy zmięknieniu kości znajdywano zmiany w gruczołach przytarczycznych, tężyczka, jaką widzimy po usunięciu gruczołów przytarczycznych, towarzyszy często rozmiękczeniu kości. Dlatego ponad innemi gruczołami dokrewnemi, zdaje się, górować znaczenie czynności gruczołów przytarczycznych. Uszkodzenie tych gruczołów łącznie z innemi gruczołami dokrewnemi — jest trudne do naprawienia, inne gruczoły nie są w stanie zastąpić ich działania. Żadna istota żyjąca — nie może przetrwać utraty wszystkich czterech gruczołów przytarczycznych. W ciąży pojawia się rozmiękczenie kości i I. h., w ciąży też, wskutek zwiększonej czynności ustroju, przerastają gruczoły dokrewne jak np. przysadka mózgowa, a przedewszystkiem gruczoły przytarczyczne, i dlatego schorzenia te tak łatwo w tym okresie mogą się ujawnić.

Słusznemi okazują się przypuszczenia S c h a r d o r n a, T r y b a, o pochodzeniu I. h. W przypadku S c h a r d o r n a usunięcie ciał przytarczycznych, było momentem wyzwalającym powstanie I. h. Prawdopodobnie i inne gruczoły dokrewne znajdowały się w stanie upośledzonych czynności, nie mogły przeto utrzymać równowagi, po takim wstrząsie, jakim było usunięcie gruczołów przytarczycznych — i to było powodem, że równocześnie z tężyczką pojawiło się I. h. Ustrój ludzki pozbawiony wielkich gruczołów dokrewnych, takich, jak przysadka mózgowa, gruczoły przytarczyczne układ chromochłonny — nie może utrzymać się przy życiu.

Przyczyny bezpośredniej, wywołującej I. h., nie możemy określić. Być może, że wrodzone warunki gruczołów wewnętrznych w znaczeniu ujemnem, przewlekłe procesy chorobowe w stanie utajenia, utrzymujące się czas dłuższy, chroniczne zatrucia ustroju, gruźlica, kiła itd., mogą powodować upośledzenie czynności gruczołów dokrewnych, przyczem np. ciąża może być momentem wyzwalającym. I. h. występuje często u wielorodek, u których gruczoły dokrewne wskutek zwiększonych czynności gruczołowych w czasie ciąży — mogą łatwo znajdować się w stanie osłabienia.

Gruczoły dokrewne — które, jak wspominaliśmy, odgrywają tak znaczną rolę w powstawaniu rozmiękczenia kości (przemiana wapna), posiadają również działanie unieszkodliwiające produkty przemiany białka, jak np. gruczoły przytarczyczne (W e i l). Wypadnięcie czynności gruczołów przytarczycznych prowadzić może do tężyczki, w innym przypadku współdziałać będzie przy powstawaniu rozmiękczenia kości lub Impetigo herpetiformis. Wskutek upośledzonego działania tak ważnego narządu, przychodzi do wadliwej przemiany materji, i nagromadzenia się w ustroju wyższych pochodnych rozpadu białka i dlatego przyjść może do zatrucia, a w następstwie do tak ciężkiego schorzenia. Dlatego słusznemi okazywały się przypuszczenia Z i e m a n n a, że przyczyną I. h. może być samo zatrucie, wywołane przez zaburzenia w równowadze wewnętrznego wydzielania.

Przypuszczam, że w moim przypadku te same zaburzenia w gruczołach dokrewnych, doprowadziły z jednej strony do rozmiękczenia kości — wskutek wadliwej przemiany wapna, z drugiej, wskutek wadliwej czynności tych narządów jako odtruwających lub paraliżujących jady ustroju — do zatrucia produktami rozpadu białka. Ciąża jest momentem wyzwalającym — ale łatwo zrozumieć, że schorzenia gruczołów dokrewnych mogą się zdarzać i u mężczyzn; upośledzone w swych czynnościach gruczoły dokrewne — nie mogą objąć zastępczej roli za siebie — bo wszystkie znajdują się w stanie nieprawidłowego działania i wskutek tego przyjść może do objawów I. h. W przypadku K a p o s i e g o najprawdopodobniej wysuwały się na pierwszy plan zmiany w gruczołach przytarczycznych (drgawki). W przypadku T r y b a dały się zauważyć zmiany w przysadce mózgowej.

Rozpatrując z tego punktu przyczyny powstawania I. h., przypuszczać możemy, że typowe przypadki znachodzić się

mogą i u dziewic, poza ciążą, w klimakterium, a co najważniejsze, i u mężczyzn. Wszak dawniej rozmiękczenie kości uważaliśmy za chorobę płci żeńskiej tylko, a dziś wiemy, że równie dobrze wystąpić ono może i u mężczyzn (głodowe) Przyczyna tej choroby leży nie tylko w jajniku — ale i w innych gruczołach dokrewnych. Impetigo herpetiformis, jako wyraz schorzenia gruczołów dokrewnych, występować może u chorych bez różnicy płci i wieku.

Przypuszczenia o możliwości samozatrucia ustroju w czasie ciąży, wyrażał i Linser. W każdej ciąży przychodzi do wytwarzania się ciał trujących, a dla prawidłowego przebiegu ciąży, jest konieczne, aby te ciała trujące, unieszkodliwiły inne ciała, działające paraliżująco. Gdy ustrój nie może wytworzyć tych przeciwciał — przyjść może do zatrucia ciążowego. Dlatego należy dodać gotowych już przeciwciał w postaci surowicy zdrowych ciężarnych. Leczone w ten sposób przez Linsera przypadki I. h. - z wynikami dodatniemi — wydają się wątpliwemi, gdyż z opisów sądząc, nie były to typowe przypadki I. h. — ale inne cierpienia skórne powstające w ciąży. W przypadku Rosta leczenie surowicą zdrowej ciężarnej nie dało dodatnich wyników, przeciwnie w moim przypadku, wynik tego leczenia był niesłychanie pomyślny. Zmiany czynnościowe w gruczołach o wewnętrznem wydzielaniu nie były jeszcze posunięte do ostatecznych granic, dodanie tych ciał, których schorzałe gruczoły dokrewne nie mogły wytworzyć, nie tylko zparaliżowało szkodliwe działanie ciał trujących, ale podparło działanie gruczołów, tak skutecznie, że mogły odzyskać swą równowagę fizjologiczną. Zmiany chorobowe ustąpiły nie tylko na czas stosowania surowicy, ale nie występowały i po zaprzestaniu leczenia. W przypadku Rosta, zmiany w gruczołach dokrewnych i następowe zmiany chorobowe zbyt już daleko były posunięte — tak, że surowica nie mogla wywrzeć dodatniego działania.

Wnioski:

1) I. h. jest schorzeniem ogólnem ustroju o typowym obrazie skórnym i przebiegu takim, jaki opisał Hebra i Kaposi.

2) Przyczyną I. h. są zaburzenia w czynności gruczołów dokrewnych, które prowadzą do zatrucia ustroju produktami wadliwej przemiany materji, wskutek upośledzonego działania odtruwającego, przedewszystkiem gruczołów przytarczycznych i przysadki mózgowej. I. h. jest więc schorzeniem wielogruczołowem.

3) I. h. może występować u kobiet ciężarnych i nieciężarnych, prócz tego najprawdopodobniej i u mężczyzn.

4) Leczenie I. h., występującego w czasie ciąży lub połogu, surowicą zdrowych ciężarnych daje pomyślne wyniki, jeżeli zmiany chorobowe nie są zbyt daleko posunięte.

Piśmiennictwo.

Podane szczegółowo do r. 1911. Scheuer. Hautkrankheiten sexuellen Ursprungs bei Frauen 1911. Berlin-Wien. — Ziemann. Derm. Ztschr 23. 1916. — Polland. Derm. Ztschr. 27, 1919. Rost. Archiv für Derm. T. 131. 1921. — Schardorn. Archiv für. Derm. T. 132. 1921. — Tryb. Arch. für Derm. 132. 1921 — Assmann. Derm. Wochschr. T. 73. H. 43. Biedl-Innere Sekretion I. II. 1913. — Weil. Die Innere Sekretion 1921. — Jaschke Normale und pathologische Physiologie der Geburt. Handbuch der gesammten Frauenheilkunde. Leipzig 1914, — Schlessinger W kl. Wochschr 1921. Nr. 18 — Bauer. W. kl. Wochschr 1921. Nr. 26. — Linser. Ztschr. Derm. 1911. Ueber Hauterkrankungen der Drüsen mit innerer Sekretion, in Kraus-Brugsch Speziele Pathologie und Therapie innerer Krankheiten 1919. Brugsch Pluriglandulare Insuffizienz endokriner Blutdrüsen — multiple Blutdrüsensklerose, tamże. — Zubrzycki. Pochodne białka łożyskowego i ich działanie trujące. Kraków 1915.

Z praktyki.

Dr. Fr. Slęk. Przemyśl.

O odkażaniu skóry kwasem pikrynowym

Z oddziału chirurgicznego szpitala powszechnego.

Dotychczasowe sposoby odkażania skóry przed zabiegami operacyjnemi, aby uczynić ją jałową i nieszkodliwą dla powstałej rany, są niewystarczającemi.

Jeżeli sobie uprzytomnimy sposoby dawne, podane i zalecane przez Fürbringera, Ahlfelda, mianowicie przez mycie wodą, mydłem, alkoholem, płynami odkażającemi, to musimy przyznać, że były one dla chorego zabiegiem ciężkim, przykrym, i pomimo długiej procedury nie stały w żadnym proporcjonalnym związku z uzyskanem wyjałowieniem. Badania, dokonane przez Paula, Krôniga, Sarvey'a, Gottsteina, Hacglera, wykazały, że skóry operowanego, jak i operatora, nie możemy nigdy uczynić w ścisłem słowa tego znaczeniu jałową, a co gorzej, że z biegiem zabiegu operacyjnego, już po kilku minutach, drobnoustroje z rozpulchnionego naskórka coraz więcej wydobywają się na zewnątrz i zakażają pole operacyjne.

Z rękami operatora doszliśmy do ładu przez używanie rękawiczek gumowych, które mają dobre i złe swoje strony. Ze skórą operowanego i jej odkażeniem postępowanie nasze ustawicznie chroma, i nie mamy środka, któryby uczynił ją jałową i zatrzymał odkażoną przez cały czas trwania zabiegu operacyjnego. Tak samo sposoby podane przez Heusnera (jod-benzyna), Mikulicza (mydło spirytusowe), Herffa (alkohol-aceton), Brunna (alkohol) okazały się w użyciu niewystarczającemi, jak sposoby Fürbringera i Ahlfelda.

Zaczęły się doświadczenia w celu wykrycia tych szkodliwych przyczyn, które uniemożliwiają wyjałowienie skóry ludzkiej. Zasługą też Hacglera jest, że wykazał, iż przyczyną są tu gruczoły skórne, z których drobnoustroje wydobywają się na zewnątrz, i aby uzyskać ją jałową, należy zatrzymać je w skórze i nie dozwolić im wydobywać się na zewnątrz.

W tym celu Murphy zalecił gumową, tkaninę zwaną »Rubberdam«, przymocowywać do brzegów rany. Weil nacierał skórę rozczynem jodu z mastyką i przylepiał pole operacyjne tkaniną gumową, przez którą prowadził cięcie skórne. Menge używał w tym celu parafiny z xylolem, Murphy gutaperki, Döderlein gaudaniny, Wederhake dermagummitu, Doenitz chirosoteru, Heusner kollodium z jodem, Oettingen mastisolu, Herff benzoedamaru; sposoby te jednak nie znalazły zwolenników i przeszły do historji rozwoju odkażania skóry przed zabiegami operacyjnemi. Jako pomysł, którego nie należy brać nawet pod rozwagę, to wstrzykiwanie wody karbolowej w miejsce cięcia mającego być poprowadzonem w skórę, a podany przez sycylijskiego chirurga Titone'go. Wielkie wrażenie w świecie chirurgicznym wywołał sposób, podany przez Grossich'a, który pominął zupełnie mycie pola operacyjnego i bez żadnego poprzedniego oczyszczenia zalecił pole operacyjne pomazać nalewką jodową. Do jakiego stopnia sposób ten uważano za niedorzeczność i sprzeciwiający się wszelkim wymogom aseptyki i antyseptyki, dowodzi, że, gdy sposób swój chciał ogłosić w jednym z czasopism niemieckich, redakcja wymówiła się od ogłoszenia nadmiarem zgłoszonych prac daleko ważniejszych. Zanim sposób Grossicha zdobył sobie uznanie w świecie chirurgicznym, pierwsze zabiegi operacyjne dokonywane były z obawą o przyszłe losy operowanych. Wkrótce jednak uzyskał sposób ten uznanie i po dzień dzisiejszy ma gorących zwolenników pomiędzy chirurgami całego świata Zjazdy chirurgów polskich w roku 1910, niemieckich w roku 1911 wypowiedziały się za użyciem tego sposobu i jego zaletami.

Jako specjalną zaletę podnoszono z różnych stron (Payer, Reclus, Lanz, Kausch, Walther, Zaremba, Lejars i wielu innych) przedewszystkiem łatwość zastosowania, szybkie uzyskanie pola operacyjnego jałowego, środek tani i humanitarny w użyciu. Zgodnie wszyscy chirurdzy wyrazili się, że po użyciu sposobu Grossicha daleko mniej spostrzega się zapaleń płuc pooperacyjnych.

Przeciwnicy, którym nie łatwo było przyzwyczaić się do porzucenia starych sposobów, podnosili, że po użyciu nalewki jodowej występują zapalenia skóry, wypryski, tworzenie się zakrzepów w naczyniach z powodu dostawania się jodu do obiegu krwionośnego (Hindenberg), że tworzą się zrosty pomiędzy jelitami (Heinecke, Rehn), nawet, że pary jodu je wywołują (Propping). Spostrzegano nawet krwawienia z brzegów ran, jak i ich obumieranie. W rzeczywistości jod

wywołuje w pewnym stopniu powikłania, jednak nie takie, by sposobowi temu czynić zarzuty. W każdym razie sposób ten okazał się znakomitym, że trudno jest go porzucić i powrócić do dawnych metod wyjaławiania skóry.

Dlatego też podawane inne środki, jak tymol (König), formalina, alkohol propylowy (Pleth), tribromnaphtol (Propping) nie uzyskały pierwszeństwa przed nalewką jodową. Przyjmowano je zawsze z niedowierzaniem. Tak samo pierwsze publikacje o odkażaniu skóry, czyli pola operacyjnego, kwasem pikrynowym, nie wzbudziły zaufania do tego środka.

Dopiero, gdy brak jodu i jego wygórowana cena stanęły na przeszkodzie w używaniu nalewki jodowej, która na wielkich oddziałach pochłania lwią część pieniędzy, w które szpitale krajowe, jak i powszechne nie są zaopatrzone i stale cierpią na brak gotówki, postanowiliśmy ten środek wypróbować na naszym oddziale chirurgicznym.

Kwas pikrynowy zalecony został, jako środek odkażający pole operacyjne, przez angielskiego chirurga, w czasie wojny, przez profesora Gibsona. Pierwsze prace w tym kierunku, podane przez Cassegrain'a, Hewitt'a, Farr'a, Gibsona, jako referaty, były zachęcające do tego stopnia, że poczęliśmy w styczniu b. r. zastosowywać kwas pikrynowy przy zabiegach operacyjnych małych, jak tłuszczaki, wodniaki moszen, gruczoły chłonne, przy wycięciu żył z powodu żylaków. Po przekonaniu się, że przebieg gojenia tych ran pooperacyjnych był zupełnie bez najmniejszej reakcji, poczęliśmy wykonywać zabiegi operacyjne, przy odkażeniu skóry kwasem pikrynowym, w jamie brzusznej. Do dnia dzisiejszego wykonaliśmy 100 zabiegów operacyjnych, w czem 30 laparotomij, jak wycięcia części żołądka, gastroenterostomje, wycięcie pęcherzyka żółciowego, wyrostka robaczkowego, przepukliny duże, wola, guzów macicy itp. Ponieważ wyniki pooperacyjne, jakie otrzymaliśmy, mogę nazwać wprost świetnemi, a w użyciu do odkażania kwas pikrynowy daleko lepszym, niż nalewka jodowa, pozwalam sobie na podstawie tych przypadków zachęcić kolegów do użycia tego środka i do wypróbowania go w oddziałach chirurgicznych.

Kwas pikrynowy, *acidum picronitricum*, użyty został przez Gibsona, jako środek odkażający, w rozczynie alkoholowym 5%. Hawitt po dokonaniu prób odkażania pola operacyjnego kilkoma sposobami wykazał: 1) że skóra po 15 minutowem myciu wodą, mydłem i szczotką, zawsze zawierała drobnoustroje, a hodowle drobnoustrojów zawsze otrzymywano. 2) Przy użyciu alkoholu, eteru i 3% nalewki jodowej, pole operacyjne po 3 minutach bywało jałowem, jednak w ½ godziny można było otrzymać ze skóry hodowle drobnoustrojów. 3) Nalewka jodowa 7% wyjaławiała skórę, jako pole operacyjne, już po 2 minutach, skóra była jałowa około 2 godzin. 4) 6% rozczyn alkoholowy kwasu pikrynowego, wcierany w skórę, wyjaławiał pole operacyjne zupełnie po 3 minutach, a jałowość ta utrzymywała się przez ½—2 godzin. 5) Po poprzedniem oczyszczeniu skóry alkoholem i 3 minutowem wcieraniu rozczynu alkoholowego kwasu pikrynowego nie zdołał Hewitt wohodować żadnych drobnoustrojów, nawet po próbach hodowania w kilka godzin po wcieraniu. W ten sposób, przygotowując pole operacyjne, dokonano 269 większych zabiegów operacyjnych i uzyskano w 97% ran rany, zagojone *per primam intentionem*.

Do podobnych wyników doszli i inni chirurdzy, jak Cassegrain, Farr.

Sam wynalazca tego sposobu, Gibson, który używa rozczynu kwasu pikrynowego od 1½ roku, wykonał zabiegów operacyjnych 437, przyczem w 398 przypadkach uzyskano zupełnie też zagojenie ran, bez żadnych powikłań, a w 39 przypadkach (9%) powikłania w postaci ropienia.

Do zabiegów operacyjnych dobierane były przypadki, co do których już z góry należało przypuszczać, że nie ulegną zropieniu, jak się ma rzecz w przypadkach, w których ropienie można było z góry przewidzieć, jak np. ropne zapalenie wyrostka robaczkowego, przepukliny uwięzgnięte. W ten sposób dokonano zabiegów dużych, jak wycięcia pęcherzyka żółciowego bez sączkowania, włókniaków macicy, przepukliny wolne, przewlekłe zapalenia wyrostka robaczkowego. W naszym szpitalu postępujemy następująco: po poprzedniej kąpieli chorego dnia, poprzedzającego zabieg operacyjny, w nagłych przypadkach nawet bez kąpieli, golimy pole operacyjne bez użycia mydła. Przed zabiegiem oczyszczamy pole operacyjne alkoholem i w czasie uśpienia, zanim chory zaśnie, zamaczanym gazikiem w 5% rozczynie 90% alkoholowym zmywamy pole operacyjne przez 3—4 minut, zmieniając 2—3 razy gazę, napojoną kwasem pikrynowym. Następnie, gdy po upływie kilku minut alkohol się ulotni, wyparuje, pole operacyjne okładamy kompresami i przystępujemy do wykonania zabiegu operacyjnego. Po skończonym zabiegu zmywamy alkoholem nadmiar kwasu pikrynowego; samą ranę pocieramy jeszcze rozczynem kwasu pikrynowego i zakładamy opatrunek.

Na podstawie naszego materjału doszliśmy do przekonania, że 5% rozczyn alkoholowy kwasu pikrynowego jest środkiem pewnym w działaniu, a nawet przewyższającym w wysokim stopniu nalewkę jodową Na 100 przypadków operowanych w 6 przypadkach otrzymaliśmy nieznaczne ropienie w szwach, winy jednak rozczynowi temu przypisać nie można, gdyż dotyczyło to przypadków, jak maltretowanych przepuklin uwięzgniętych, zapaleń ropnych wyrostka robaczkowego i zgorzelinowych zapaleń pęcherzyka żółciowego. W pozostałych przypadkach rany goiły się przez rychłozrost, bez najmniejszego podrażnienia brzegów rany.

Jako zaletę użycia kwasu pikrynowego musimy podnieść to, co inni autorzy podnoszą:

1. Pewność działania w odkażaniu pola operacyjnego, przez dokładne ustalenie drobnoustrojów, znajdujących się w skórze, i powstrzymaniu ich wydobywania się na zewnątrz, przez działanie garbujące naskórka.

2. Brzegi rany pozostają cały czas żółto zabarwione do końca samej operacji, przeciwnie jak przy użyciu nalewki jodowej, gdzie brzegi rany zawsze bywają odbarwione.

3. Nie wywołuje kwas pikrynowy zrostów jelitowych, za czem przemawiają badania Farra.

4. Nie niszczy narzędzi chirurgicznych, któremi trzymamy gazę napojoną, bielizny, kompresów.

5. Nie wywołuje żadnych zapaleń skóry, nawet na miejscach wrażliwych, jak moszna.

6. W użyciu nie wywołuje żadnych powikłań.

7. Jest środkiem tanim w przeciwieństwie do jodu, który jest środkiem drogim.

I tak 5 gramów kwasu pikrynowego kosztuje w aptece 95 Marek, jodu czystego krystalicznego ta sama ilość 350 Marek.

Jeżeli zaś rozczyn 5% kwasu pikrynowego sporządzimy sami, to 1000 gramów tego rozczynu wynosi około 1950 M. (alkohol dla szpitali po cenie zniżonej wynosi cena około 1200 M. wraz z przywozem + 50 g kwasu pikrynowego 750), podczas gdy ta sama ilośc nalewki jodowej wynosi cenę (1200 M alkohol + jod krystaliczny 50 g 2800 M. czyli) 4000 Marek. Przy użyciu 10% nalewki jodowej cena aptekarska wynosi dla szpitali przy zniżonej taksie 8259 M. za 1000 gramów, dla stron prywatnych 9924 M. Z tego zestawienia nie trudno obliczyć, ile można zaoszczędzić rocznie przy użyciu kwasu pikrynowego na oddziale chirurgicznym, na którym się dokonuje znaczną ilość zabiegów operacyjnych.

Wyrażam jednak obawę, że z powodu zwiększonego zapotrzebowania tego środka kwas pikrynowy nagle zginie z handlu, by potem, po cenach paskarskich, dorównywując cenom jodu krystalicznego, pojawić się na nowo.

Jako wadę tego środka podnieść mi też należy, zabarwienie żółte skóry, które nie daje się usunąć przez 2—3 tygodnie po zabiegu operacyjnym. Hewitt radzi zmywać 5% rozczynem sody lub też 25% rozczynem amoniaku w alkoholu etylowym. Przekonaliśmy się, że zmywanie temi środkami nie prowadzi do celu, a zabarwienie daje się usunąć po kilkunastu dniach wraz z łuszczącym się naskórkiem po użyciu kąpieli.

Bielizna, gaza, kompresy barwią się na żółto, które to zabarwienie znika po wypraniu. Ze względu na długotrwałe żółte zabarwienie rozczynu tego nie radzą używać przy operacjach na twarzy.

Biorąc pod uwagę strony dodatnie i ujemne kwasu pikrynowego, na podstawie naszego choćby doświadczenia, mogę zalecić środek ten do dalszego wypróbowania i przekonania się co do jego zalet przy odkażaniu pola operacyjnego.

Piśmiennictwo:

Zentralorgan für die ges. Chir. u. ihre Grenzgebiete: 1) Cassegrain, O. C. Picric-acid-a preoperative desinfectant. T. VII. Z. 8. 1920. — 2) Farr Charles E. Picric acid in operative surgery T. XI. Z. 9. 1921. — 3) Hewitt H. W. The preparation of the skin for operation with special reference to the use of picric acid. T. XIII. Z. 4. 1921. — 4) Gibson, Charles L. Standarlized results of wound healing. T XV Z. 5. 1922.

Zapiski lecznicze.

Latembacher poleca **salicylan sodowy dożylnie**, jeśli objawy żołądkowe nie pozwalają na jego stosowanie per os. Z rozczynu chemicznie czystego salicylanu sodowego (1 : 30) stosuje co drugi dzień — po 3 g., popłukując jeszcze żyłę zastrzyknięciem kilku cm sześciennych roztworu fizjologicznego soli; współcześnie raz na dobę, mianowicie na noc, salicylan per os. L. przy gośćcu radzi stosować, solicylany jeszcze przez 14 20 dni po ustąpieniu wszelkich objawów, a nawet przez dalsze 1—1½ roku w każdym miesiącu przez 10 dni do wewnątrz lub dożylnie (Presse médicale 1921 Nr. 90).

Przy **wielkiej utracie wody** stosuje u osesków X. Mayer wlewania do otrzewnej (150—300 g płynu) jako ultimum refugium, z wynikiem pomyślnym. (Münch. m. W. 1922 Nr. 6).

Przy **trudności znalezienia żyły** w celu zastosowania zastrzyknięcia, należy przedramię pogrążyć w wodę gorącą (Münch. m. W. 1921 Nr. 25)

Do djetetyki **ostrych i przewlekłych zapaleń nerek** wprowadza się dni cukrowe; przez dwa do czterech dni kolejnych podaje dzieciom po 10 gramów (40 ciepłotek) cukru na 1 klg wagi ciała, rozpuszczonych w 1 litrze kawy słodowej; obok tego dwa do trzy jabłka. (Klin. W. 1922. Nr. 1).

Puley radzi **stosowanie przetworów wapnia** (np. afenilu) w kile narządów wewnętrznych i przy wiądzie rdzenia. Rozpuszcza salwarsan, zamiast w wodzie, w rozczynie afenilu. (Deut. m. W. 1922 Nr. 7).

Klotz widział po **witaminach** (sok z marchwi, drożdże) **zmniejszenie cukromoczu** w przebiegu moczówki cukrowej (Münch. M. W. 1922 Nr. 13).

W dalszym rozwoju stosowania **dożylnego leków rozpuszczanych w olejach** radzi Leuzmann emulgować ciała oleiste z kazeozanem (caseosan, heyden). W takiej zawiesinie stosował oleum terebintinae rectificat. + Caseosan i ol. Camphorat. forte: (20%) + Caseosan. (Deut. m W. 1922 Nr. 11).

Jako środek antyseptyczny bardzo silny, a dla ustroju nieszkodliwy, polecają chirurgowie niemieccy **rivanol** Morgenrotha. W przypadkach np. zapalenia ropnego otrzewnej wprowadzają do jamy otrzewnej po 1—200 cm³ rivanolu, otrzymując wybitne działanie antyseptyczne (Klin. Woch. 1922 Nr. 11). Podobną wartość ma też **vucinum** Morgenrotha (Klin. Woch 1922 Nr. 8).

Freudenberg i György uważają **tężyczkę dziecięcą** za skutek alkalosin; ponieważ amoniak wywołuje kwasicę (acidosis), autorzy podawali po 3—7 g amoniaku dziennie dzieciom z tężyczką na tle spazmofilji — z wynikiem pomyślnym. (Klin. Woch. 1922 Nr. 9.

Sprawozdania poglądowe.

Dr. Ksawery Cieszyński. Warszawa.

O żółwich prątkach gruźliczych Friedmanna pod względem bakterjologicznym.

Gdy w r. 1903 Friedmann ogłosił w kilku pismach niemieckich swoje odkrycie szczepu prątków gruźliczych u żółwi morskich z berlińskiego akwarjum przypuszczał, że będzie mógł, taksamo jak Jenner krowianką przeciw ospie, szczepić ludzi ochronnie przeciw gruźlicy temi prątkami gruźliczemi żółwia, uważał je bowiem za szczep ludzki „dziwnie złagodzony". Wtedy poczęli różni autorzy niemieccy (Orth i Lydia Rabinowitsch, Westenhöfer, Citron, Brauer, Meinicke, Aronson i inni) badać pokrewieństwo tych prątków ze szczepem ludzkim i po kilku latach doszli do przekonania, że prątki te mogą wywoływać u zwierząt ciepłokrwistych zmiany gruźlicze, a więc mogą być dla człowieka niebezpieczne. Tylko Kraus i Kruse nie mogli wykazać ich chorobowego działania na ustrój ludzki. Inni autorzy, jak Weber i Taute, Piorkowski przypuszczali, że prątki te pochodzą od człowieka, gdyż zachodziła możliwość zakażenia owych żółwi Friedmanna przez gruźliczego sługę; przeważająca jednak większość innych autorów (Jansco i Elfer i inni) wykazała, że prątki ludzkie nie mogą się przystosować do zwierząt zimnokrwistych.

Po tym pierwszym szczepie wykrył Friedmann drugi w r. 1904 i trzeci w r. 1906, dokładniej przez autora opisany dopiero w r. 1914. Z tych prątków, które dla innych żółwi były w wysokim stopniu chorobotwórcze, wyhodował on na agarze z gliceryną większą ilość i utworzył z nich „środek", który już dla żółwi był nieszkodliwy, ponieważ przez kilkakrotne przeszczepianie stał się dla nich obcy. Na podstawie tego wyniku przyznaje Moeller, że wobec możliwości złagodzenia prątków gruźliczych ludzki prątek może być przodkiem prątków Friedmanna.

Pozostawało jeszcze do sprawdzenia, w jakim stosunku znajdują się prątki Friedmanna do prątków kwasoodpornych wogóle. I tu lata ostatnie przyniosły nam obszerne badania ze sprzecznemi wynikami. Np. Kolle, Schlossberger, Pfannenstiel, Igersheimer, Jaffe i Kirchner w ostatnich dwóch latach dopiero ogłosili zdumiewające wyniki badań nad zachowaniem się różnych prątków kwasoodpornych: 1) Rabinowitsch'owej, wyhodowanych z masła, 2) takich samych Kornera, 3) Moellera, wyhodowanych z tymianku, 4) żółwich Friedmanna 5) ludzkich Arloing'a, 6) kurzej gruźlicy, 7) z żółwi Piorkowskiego i 8) żabiej gruźlicy Küstera. Szczepili je oni świnkom morskim niegruźliczym i następnie po wytworzeniu się gruzełków wyjmowali, rozcierali jałowo i materjał ten, zawierający prątki kwasoodporne szczepili innym zdrowym zwierzętom. W miarę powtarzania tego zabiegu zwiększała się żywotność tych szczepów, gdyż po pierwszym zastrzyku gruzełki wytwarzały się tylko na miejscu zastrzyk., po dalszych zastrzyk. zaś również w odległych narządach i wywoływały zmiany większe, swoiste dla gruźlicy. Dalsze badania wykazały, że prątki wyjęte z tych narządów wyrastały tak samo, jak prątki zwierząt ciepłokrwistych, dopiero po 2—3 tygodniach na podłożu z jajka, na zwykłym agarze i agarze z gliceryną, a po kilkakrotnem przeszczepieniu już po 2—4 dniach. Po ponownem przejściu przez zwierzę wyrastały znów po 3—5 tygodniach w małych kępkach, nie różniących się od kolonij prątków ludzkich. Szczepy Friedmanna i Piorkowskiego zmieniały również swe własności biologiczne, mianowicie przystosowywały się do zwierząt ciepłokrwistych i nawet osiągały własności prątków ludzkich. Zanieczyszczenie, według autorów, nie mogło mieć miejsca. Prątki te po przejściu przez zwierzęta zmieniały również *optimum* wyrastania, gdyż rozmnażały się taksamo, jak prawdziwe prątki gruźlicze, tylko przy 37—40° a nie rosły, jak przedtem, przy 50 — 55 — 58° w cieplarce.

Również Philibert stwierdził, że wszystkie prątki podobne do gruźliczych są dla świnek chorobotwórcze, gdyż wywołują po zaszczepieniu podskórnem serowate rozmiękające ogniska a po dootrzewnowem zrosty włóknistoserowate żołądka, wątroby, śledziony i rozsiane gruzełki. Niemniej Weber wywołał u świnek takie miejscowe ognisko serowate, obrzmienie gruczołów i rozsiane gruzełki po zaszczepieniu podskórnem prątków kwasoodpornych, wyhodowanych z tymianku, mierzwy i trawy oraz prątków gruźliczych padalca, z którymi do podobnych wyników doszedł i Frietsche. Także i Klempererowi padły świnki, nim zdołał je uodpornić prątkami wyhodowanemi z masła, trawy i mleka. Autor ten posuwa się nawet tak daleko, że przypuszcza „związek filogenetyczny" pomiędzy temi kwasoodpornemi prątkami gruźliczemi i dochodzi do wniosku teoretycznego, że prątki gruźlicze i kwasoodporne są przyrody pokrewnej, nawet tej samej, innemi słowy, że prątki gruźlicze są pasożytami trupiemi, które stały się szkodliwemi dla zwierząt. Wniosek ten ustala więc odwrotne pochodzenie prątków gruźliczych w porównaniu z teorją Möller'a, uważającego je za przodka.

Przeciw wynikom tych badań, świadczących o szkodliwości prątków kwasoodpornych dla zwierząt ciepłokrwistych, broni się Friedmann w ten sposób, że uważa wytworzone przez nie gruzełki za odczyn przeciw ciałom obcym (Fremdkörpertuberkel), w których badania Lubarscha, Mayera i innych wykryły również komórki olbrzymie. Następnie podkreślają Lange i inni, że trzeba od-

różniać hodowlę prątków gruźliczych żółwi od prątków Friedmanna, które są przygotowywane ze starych już osłabionych szczepów, choć Friedmann sam uważa je za zupełnie identyczne. Chcieli oni bowiem w taki sposób wyjaśnić sprzeczne wyniki najróżniejszych autorów. Rabinowitsch powtarza za rosyjskimi lekarzami przypuszczenie, że środek Friedmanna jest umyślnie zanieczyszczony przez prątki ludzkie. Aż do r. 1914 odzywały się jeszcze różne inne podejrzenia, oparte na tem, że Friedmann, występując o opatentowanie środka, mówi o mieszance hodowli prątków gruźliczych żywotnych i nieżywotnych.

Ogłoszone również w tym roku doświadczenia Lange'go wykazują natomiast, że prątki kwasoodporne, wyhodowane z trąbki (*Trompetenbazillen*) żółwi i padalców zaszczepione świnkom morskim, rozchodziły się po całem ciele zwierzęcia, lecz nie mnożyły się w niem, przebywały zaś w niem do 44 tygodni, lecz nie zwiększały w tym czasie swej żywotności. Nie zdołały one również wywołać przeczulenia na starą tuberkulinę ani nie chroniły przed rozwinięciem się gruźlicy po zaszczepieniu prawdziwych prątków. Ponieważ w licznych doświadczeniach na morskich świnkach, królikach, szczurach, myszach, a nawet małpach, prątki Friedmanna zachowywały się tak samo nieszkodliwie względem tych zwierząt, autor dochodzi do przekonania, że prątki te znacznie więcej są zbliżone do prątków zwierząt zimnokrwistych i innych kwasoodpornych pasożytujących na trupie, niż do prawdziwych prątków gruźliczych. To samo potwierdziła przeważająca część badaczów Ehrlich-Boencke, Meinicke, Barnes i inni), że środek Friedmanna, względnie prątki z niego wyhodowane, jak również prątki, wzięte z ropni lub przetok, po zaszczepieniu człowiekowi nie są wcale lub tylko chyba w bardzo nieznacznym stopniu chorobotwórczemi wobec świnek morskich. Na podstawie tych wyników przypuszczają autorzy, że również nieszkodliwie zachowają się prątki Friedmanna wobec organizmu ludzkiego.

Co do zachowania się prątków Friedmanna w hodowli autor sam opisuje, że w pierwszej hodowli otrzymanej przy 37° C wyglądają one podobnie do prątków gruźliczych zwierząt ciepłokrwistych a po kilkakrotnem przeszczepieniu na agarze z gliceryną nie dają się od nich odróżnić. W buljonie z gliceryną wytwarza prątek żółwi pofałdowaną porwaną albo płaską pajęczynkę, podobnie jak prątek Kocha. W opisie swego trzeciego szczepu podaje Friedmann, że prątki jego rosną przy ciepłocie pokojowej w postaci brudnej śmietanki, a przy 37° C w postaci suchych trupów. Co do zależności bujności wyrastania ich od ciepłoty, to opisy są bardzo niejasne i niejednolite. Lange na podstawie swoich doświadczeń twierdzi jednak, że istnieje wielka różnica pomiędzy hodowlą prątków Kocha a prątkami Friedmanna, które są zbliżone do prątków kwasoodpornych, pasożytujących na trupie.

Wreszcie co do wyglądu postaciowego, podkreślają prawie wszyscy autorzy, że prątki Friedmanna są mniej kształtne, grubsze i krótsze od ludzkich i zbliżają się w wyglądzie do typu krowiego. Niektórzy autorzy (Barnes, Piórkowski) zwracają też uwagę na ziarnistość, którą uwydatnia barwienie podług Mucha. Podług Baumanna i Barnesa odznaczają się prątki Friedmanna mniej wybitną odpornością wobec kwasów. Ciekawem jest to, że Friedmann sam nie widział żadnej różnicy pomiędzy swemi prątkami a prątkami zwierząt ciepłokrwistych.

Piśmiennictwo.

Aronson. D. m. W. 1914 Nr. 10. Barness. Lee Harry. The Prov. Med. Journ. Nov. 1913. Banmann. D. m. W. 1914. Nr. 24. Brauer. D. m. W. 1914. Nr. 17 i Nr. 20. Ehrlich-Boencke. Min. Bl. f. Medizinalangelego. 1919 Nr. 32. Friedmann. D. m. W. 1903 Nr. 2, 26 i 50. Friedmann. Ztschr. für Tuberkulose 1903 T. 4 Z. 5. — D. m. W. 1904 Nr. 5, 12, 46 i 49. — B. kl W. 1912 Nr. 47. — Bl. kl. W. 1914 Nr. 30. — D. m. W. 1914 Nr. 18. — D. m. W. 1918 S. 1307. — Frietsche. Arch. f. Hyg. 1908. T. 65 Z. 81. — Fürth. Ztschr. f. Hyg. 1920 T. 91 Z. 2. — Igersheimer u. Schlossberger. D. m. W. 1921. Nr. 19. — Jaffé D. m. W. 1921 Nr. 26. — Jansco u. Elfer. Braners Beitr. 1911 T. 18 Z. 2. — Klemperer. Ztsch. f. klin. Med. 1904 T. 48. Str. 250. — Ther. der Gegenwart 1913. Jahrg. 54. — Kirchner. D. m. W. 1921 Nr. 7. — Kolle u. Schlossberger. D. m. W. 1920 Nr. 51. — Kolle, Schlossberger u. Fflanenstiel. D. m. W. 1921 Nr. 16. — Kruse. D. m. W. 1918 Nr. 6. — D. m. W. 1921 Nr. 1. — Lange. Zeitschr. für Immuitätsforschung 1921 T. 32 Z. 3–4 — D. m. W. 1921 Nr. 19. — Meinicke. D. m. W. 1914 Nr. 27. — Moeller. D. m. W. 1904 Nr. 12. — Ther. der Gegenwart. 1913 T 54. — Ztschr. f. Tuberkulose 1913. T 12. — D. m. W. 1920 Nr. 6. — Orth. B. kl. W. 1906 Nr. 20. — B. kl. W. 1907 Nr. 33. — Orth i Lidia Rabinowitsch. Virch. Archiv. Beiheft zu Bd. 190 1907. — Philibert. Les pseudo-bacilles acido-résistants. Paris 1908. — Piorkowski. D. m. 1914 Str. 840. — Rabinowitsch Lydia. D m. W. 1906 Nr. 22. — D. m. W. 1914 Nr. 51. — Ther. der Gegenwart 1921 Nr. 1. — Uhlenhuth i Jötten. D. m. W. 1920 Nr. 32—33. — Uhlenhuth i Lange D. m. W. 1920 Nr. 5. — Weber A. Arbeiten aus dem Kaiserl. Gesundheitsamte 1902 T. 19. — Cblt. f. Bakt. 1 Abt. Orig. T. 64 1912. — Weber i Tante. Tuberkulose Arbeiten aus dem Kaiserl. Gesundheitsamte. Z. 10 S. 217. — Westenhöfer. B. kl W. 1913 Nr. 27. Windrath. Med. Kl 1914 Nr. 22.

Oceny i sprawozdania.

Tuberkulose-Bibliotek. Nr. 7. Partigenforschung u. Therapie. Lipsk 1922, nakładem J. A. Barth'a. Str. 32 ósemka. Część pierwsza rozprawki, opracowana przez M. Pinnera, stanowi poglądowe sprawozdanie z piśmiennictwa, dotyczącego badań doświadczalnych. Czytamy tam, że wśród badaczy, zajmujących się przedmiotem nauki Mucha, są także tacy — chociaż nieliczni — którzy nie podzielają zapatrywań ogółu pracujących w tej dziedzinie. Jedni przeczą, jakoby wywoływaczami cząstkowemi można było uodparniać zwierzęta przeciw gruźlicy, inni znowu wskazują, że rozkład bakteryj gruźliczych, dokonywany w probówce, według przepisu Mucha, jest zasadniczo różnym od rozkładu bakteryj gruźliczych w ustroju. Co się zaś tyczy odczynu śródskórnego, będącego probierzem »matematycznej analizy odporności«, nie wiadomo — czy tenże odczyn jest objawem nadwrażliwości (*anaphylaxia)*, czy nie? — tem mniej zaś można wiedzieć, w jakim stosunku pozostaje odczyn śródskórny do stanu odporności ustroju.

Autor przytacza wymienione sprawy sporne, nie zajmując się wiele niemi — aczkolwiek odnoszą się one do podstaw nauki Mucha. Mimo wspomnianych wątpliwości, końcowe streszczenie wywodów autora, wypada korzystnie dla sprawy wywoływaczy cząstkowych.

W drugiej części rozprawki H. Gran i H. Schulte-Tigges, omawiają wywoływacze cząstkowe ze stanowiska klinicznego. Zdaniem ich, odczyn śródskórny stanowi bardzo ciekawy przedmiot badań pod względem naukowym, ale dla klinicysty przedstawia niewielką wartość; w każdym razie nie można na nim opierać wskazań leczniczych.

Stan nadwrażliwości (allergia) i stan niewrażliwości (anergia) w leczeniu gruźlicy należy zawsze rozpatrywać w związku ze stanem klinicznym chorego. Zarówno nadwrażliwość, jak i niewrażliwość, nabierają różnego znaczenia zależnie od objawów chorobowych danego ustroju.

Różnica w działaniu wywoływaczy cząstkowych z jednej, a w działaniu tuberkuliny z drugiej strony, polega na tem, że wywoływacze cząstkowe działają na cały ustrój z wyjątkiem tkanki gruźliczej, tuberkulina zaś wprost przeciwnie działa wyłącznie tylko na tkankę gruźliczą. I dlatego wywoływacze cząstkowe nie mogą zastąpić tuberkuliny; zresztą tensam cel, co wywoływaczami cząstkowemi, można osiągnąć w inny sposób, np. naświetlaniem lampą kwarcową.

Wartość leczniczą wywoływaczy cząstkowych autorowie tak przedstawiają: leczenie wywoływaczami cząstkowemi nsuwa niejednokrotnie gorączkę, a chorzy zyskują na wadzę, ale na znikanie prątków gruźliczych leczenie nie wywiera żadnego wpływu.

Z treści rozprawki przytoczyłem (za autorami) tylko sporne względnie wątpliwe strony nauki Mucha, ponieważ im należy się główna uwaga, tembardziej, że naogół są mało znane.

Rozprawka napisana zwięźle, jasno i zajmująco.

Kostrzewski (Kraków).

Przegląd piśmiennictwa.

Tygodniki.

La Presse Médicale
N. 25. 1922.

H. Roger i L. Binet. **Z przemiany tłuszczów w ustroju:** *lipopexia et lipodiaeresis pulmonalis.* Autorowie badali na zawartość tłuszczu (metodą Kumagawy) krew z prawego serca oraz krew tętniczą i stwierdzili, że krew tętnicza jest przeciętnie o 9,8% uboższa w tłuszcz, niż krew prawej komory. Badania powyższe upoważniają R i B. do wniosku, że płuca posiadają zdolność zatrzymywania tłuszczów (*lipopexia*). Co do rodzaju zmian, jakim ulegają tłuszcze w płucach, autorowie uważają te zmiany za zupełnie podobne do przebiegu glikolitycznego działania wątroby i określają je mianem *lipodiaeresis* (rozkład tłuszczu). Działanie rozszczepiające przypisać należy zaczynowi, wykrytemu już poprzednio w tkance płucnej przez A. Mayera i P. Morela. Zaczyn ten znajduje się również w innych narządach, lecz jedynie wątroba przewyższa płuca co do zdolności rozszczepiania tłuszczów; po płucach zaś idą gruczoły krezkowe, trzustka, nerki, śledziona, wreszcie mięśnie i w małym stopniu tkanka mózgowa. W dalszym ciągu przeprowadzili autorowie badania nad losem tłuszczu we krwi tętniczej i żylnej, utrzymanej w stanie płynnym przy ciepłocie 38° w ciągu 18 godzin — w ciągu tego czasu ilość tłuszczu w porównaniu z określoną natychmiast po wypuszczeniu krwi z naczyń zmniejszyła się we krwi tętniczej o 35%, w żylnej zaś o 3,8%. Z tego wynika, że rozpad tłuszczu polega na utlenianiu; dalsze jednak badania (przepuszczanie przez krew prądu powietrza, wodoru itp) wykazały, że główne znaczenie ma tu niezawodnie zaczyn, zawarty w komórkach. Ze względu na swe położenie anatomiczne płuca mogłyby, zdaniem autorów, odegrać większą rolę w rozkładzie tłuszczów, niż wątroba. Tę czynność płuc nazywają R. i B. ich działaniem wewnętrznem w przeciwieństwie do działania zewnętrznego, jako narządu oddychania.

C. Souleyre. **Najkrótszy okres, niezbędny do zakażenia laseccnikami Kocha u człowieka.** Wbrew dotychczasowym pojęciom, że do wprowadzenia i zatrzymania w ustroju prątków gruźliczych potrzebny jest dłuższy okres czasu, S. na zasadzie zestawień z piśmiennictwa oraz spostrzeżeń własnych twierdzi, że zakażenie gruźlicą, szczególniej u dzieci i osobników dotąd od gruźlicy wolnych (»dziewiczych«) nastąpić może w ciągu bardzo krótkiego czasu, nawet paru minut. Zgodnie z Calmette'em sądzi autor, że gruźlica szerzy się w ustroju tem gwałtowniej: 1) im krótszy był czas pomiędzy wydaleniem prątków z ustroju chorego a przedostaniem się do ustroju zakażonego, 2) im więcej prątków się dostało i w krótszych po sobie odstępach, wreszcie 3) im młodszy jest zakażony osobnik. Autor przytacza przypadek ogólnego zakażenia gruźlicą o przebiegu durowym (*typhobacillosis*) u 12-letniego chłopca, po przebyciu 13 dni w otoczeniu osobnika z gruźlicą otwartą: dowodzi to, że i do powtórnego zakażenia wystarcza krótki okres czasu. W zakończeniu wysnuwa autor wnioski co do konieczności higjeny i zapobiegania gruźlicy.

R. Lutembacher. **Bóle wskutek rozciągnięcia serca** (*angine de décubitus*). Opis odrębnej postaci dusznicy bolesnej, występującej podczas leżenia; postać tę przeciwstawia autor opisanej przez Vasquez'a dusznicy wskutek wysiłku (*angine d'effort).* *Wacław Jasiński* (Lwów).

The Lancet.
22.N. T. II. 26 listopad 1921.

W. Potts. **Zbrodnia i przestępczość w stosunku do dziedziczności, otoczenia i chorób.** Autor nie zgadza się z teorją Lombrosa i zwalcza pojęcie typu kryminalnego, jako odrębnej organizacji biologicznej. Dziedziczność sama przez się nie wyjaśnia powstawania charakterów zbrodniczych. Podług statystyki Healy'ego, na 3000 przestępców, wpływ dziedziczności zdołano wykryć zaledwie w $^1/_6$ przypadków, w dodatku grała ona tutaj rolę drugorzędną. Dziedzicznie może być przekazywane pewne upośledzenie umysłowe (*mental defect*), jak również fizyczne, spostrzegane naogół rzadko, najwyżej u 10% przestępców. Zbrodniczość i przestępczość jest wytworem wpływów otoczenia i całego splotu warunków życiowych. Autor ma na myśli oddziaływanie wszystkich tych czynników, które urabiają duszę dziecka łącznie z uczuciami, instynktami i ideałami, a które równocześnie sięgają głęboko w sferę podświadomą. W sferze tej, tak bogatej w treść, a tak tajemniczej, rodzą się bezwiednie dla dziecka pobudki do czynów nieprojętych i niemoralnych zarazem. Poczucie niższości, walki wewnętrzne, starcia umysłowe, zwłaszcza na tle płciowem, stają się podłożem, na którem przy złem wychowaniu i złym przykładzie wyrastają skłonności występcze. Badania autora nad młodymi przestępcami dowodzą, że skłonności te zaczynają kiełkować bardzo wcześnie, że dziecko, mając zaledwie lat 10, wstępuje już na fałszywą drogę, która przy odpowiednich warunkach wiedzie stopniowo do występku i zbrodni. Można się zgodzić z Goring'iem, że przestępca jest osobnikiem duchowo niedorozwiniętym (*inferion man*), ale przyczyny tego szukać należy przedewszystkiem w ujemnym i zgubnym wpływie środowiska, w jego najszerszem znaczeniu. Różne choroby konstytucyjne, szczególnie kiła i gruźlica, mogą również sprzyjać powstawaniu nieprawidłowych właściwości duchowych. Padaczka gra pod tym względem najważniejszą rolę. Kończy autor swą pracę cytatą z Goringa: »Walka z przestępczością toczyć się winna w 3 kierunkach. Skłonności złe i dziedziczne należy zwalczać przy pomocy odpowiednich środków wychowawczych. Szczególnie usposobionych należy odosobnić i roztaczać nad nimi baczny nadzór. Trzeba zapobiegać wytwarzaniu się i utrwalaniu cech konstytucyjnych, które, jak np. niedorozwój umysłowy, pijaństwo, padaczka, sprzyjają powstawaniu charakterów zbrodniczych«.

N. 23. T. II. Grudzień 3, 1921.

Kinnier Wilson. **Wstęp do nauki o afazji.** Wykład kliniczny. Problemat niemoty, sam przez się złożony i trudny, staje się coraz więcej zawiłym wskutek sprzecznej i wadliwej terminologji. Każdy zespół zaburzeń mowy powinien być rozpatrywany ze stanowiska anatomicznego, fizjologicznego i psychologicznego; jestto zasadniczy warunek ścisłego badania i rozpoznania. Tymczasem w praktyce konieczność ta nie zawsze jest przestrzegana, a w dodatku zamęt powiększa się jeszcze wskutek niewłaściwego utożsamiania pojęć, należących do trzech dziedzin zupełnie odrębnych. Autor rozpatruje krytycznie w świetle nowszych poglądów anatomiczne, fizjologiczne i psychologiczne podstawy niemoty. Rzecz ta nie nadaje się do streszczenia. Po omówieniu różnych klinicznych postaci niemoty, między innemi, zaburzeń mowy »intelektualnej« i wzruszeniowej oraz agramatyzmu, przychodzi autor do wniosku, że niemotę należy traktować jako dział szerszego zespołu zaburzeń mózgowych, znanych pod nazwą apraksji i agnozji.

R. Paramore. **O powstawaniu rzucawki ciężarnych.** Podług większości autorów, rzucawka jest następstwem toksemji, ale, jakie są przyczyny tej ostatniej, mimo wszelkich usiłowań, nie zdołano wyjaśnić. Różne przypuszczenia co do pierwotnego udziału łożyska, jajników, tarczycy, gruczołów sutkowych, jelit, wreszcie samego płodu, nie mają dostatecznych podstaw. Wbew tym przypuszczeniom dowodzi autor, że toksemja ciężarnych powstaje na tle zaburzeń metabolicznych, których źródłem są zmiany anatomiczne i czynnościowe matczynej wątroby i nerek. Zmiany te są bezpośrednim skutkiem niedokrwienia tych narządów i polegają na obumarciu komórek; zakrzepy w naczyniach ich są zjawiskiem wtórnem. Pierwotnym czynnikiem chorobotwórczym, wywołującym ucisk naczyń i zamknięcie ich światła, jest niezwykle wzmożone ciśnienie wewnątrzbrzuszne, zależne od powiększenia macicy i napięcia ścian brzusznych. Ciśnienie to wzmaga się pod wpływem pracy i porodu. Ucisk nerek powoduje bezmocz, który przy obecności we krwi trujących pierwiastków wiedzie ostatecznie do drgawek. Pogląd ten wyłonił się stopniowo z dawniejszych badań autora, dowodzących istnienia ścisłej współzależności między ciśnieniem wewnątrz-brzusznem a ogólną i zwłaszcza trzewną przemianą materji. Następnie przy pomocy pomiarów manometrycznych przekonał się autor, że podczas ciąży ciśnienie to znacznie się zwiększa. U jednej chorej, przed wykonaniem cięcia cesarskiego, ciśnienie w prostnicy dochodziło do 35 mm Hg (zamiast prawidłowych

6—10 mm), po operacji i wyjęciu dziecka spadło do 10 mm. Fakt, że rzucawka występuje przeważnie u pierwiastek (60 do 80%) z silnie rozwiniętym układem mięśniowym, przemawia również na korzyść poglądów autora. Stopień ciśnienia wewnątrz-brzusznego zależy bowiem ściśle od napięcia ścian brzusznych i przepony. U kobiet zdrowych, silnych napięcie to jest o wiele większe, niż u słabych i u wieloródek ze zwiotczałym układem mięśniowym. Ciśnienie wewnątrz-brzuszne zwiększa się znacznie pod wpływem odzieży, gorsetów i pasów. Kobiety niezamężne, które w celu ukrycia ciąży ściskają brzuch w rozmaity sposób, stają się bardzo często ofiarą rzucawki. W tym samym kierunku oddziałuje nadmierne powiększenie macicy w następstwie ciąży bliźniaczej, nadmiaru wód płodowych, przypadkowych i skrytych krwotoków. Zbyt silne rozciąganie brzucha wywołuje kurczowy stan mięśni i powoduje szybciej ucisk wątroby i nerek. Natężona praca mięśniowa podczas samego porodu zwiększa wybitnie ciśnienie wewnątrz-brzuszne i czasami sprzyja powstawaniu drgawek, najczęściej jednak rzucawka poprzedza rozpoczęcie akcji porodowej.

J. Comrie. **Wartość porównawcza różnych sposobów badania sprawności czynnościowej nerek.** O wartości różnych sposobów badania rozstrzyga nie tylko ścisłość osiąganych wyników, ale i łatwość praktycznego ich zastosowania. Z tego stanowiska zasługują na uwagę 3 sposoby badania: 1) próba fenolsulfonaftaleinowa (Rowntree i Geraghty), 2) określenie stężenia mocznika w moczu po podaniu mocznika do wewnątrz (15 g — MacLean i Wesselow) i 3) określenie stężenia mocznika we krwi, bez użycia złożonych przyrządów, przy pomocy sproszkowanych ziarn rośliny Goya (MacLean i Russell). Szczegóły techniczne, którym poświęca autor większą część swej pracy, nie nadają się do streszczenia. Odpowiednie badania, przeprowadzono u 30 chorych, a mianowicie u 14 ze zapaleniem nerek miąższowem, u 6 — ze śródmiąższowem i u 10 z niedomogą wtórną na tle chorób serca. Wnioski autora są następujące: 1) Połączenie tych trzech sposobów badania daje dokładne wskazówki co do sprawności czynnościowej nerek. 2) Określenie mocznika we krwi jest badaniem wstępnem. Jeżeli ilość mocznika zwiększa się powyżej 50 mg na 100 cm³ krwi, rokowanie staje się poważne. Jeżeli ilość jego przewyższa 100 mg, stan jest bardzo ciężki, śmierć następuje po upływie miesięcy lub roku. W mocznicy ilość mocznika przed śmiercią może dochodzić do 200—300 mg. 3) Niema stałego stosunku między ciśnieniem krwi i stężeniem mocznika; najczęściej jednak, jeżeli ilość mocznika we krwi jest stale zwiększona, ciśnienie krwi jest również wysokie. 4) Próba fenolftaleinowa (zastrzyknięcie śródmięśniowe 0,6 g w 1 cm³ płynu) jest może najwięcej wartościowem badaniem indywidualnem. Jeżeli wydzielanie barwika w ciągu 2 godzin po wstrzyknięciu dochodzi do 70%, rokowanie jest dobre. Przy wydzielaniu 50% w tym samym czasie, możliwy jest zupełny powrót do zdrowia. Jeżeli wydzielanie nie przewyższa 20%, można spodziewać się śmierci w ciągu roku. 5) Chociaż stężenie mocznika w moczu (po podaniu 15 g do wewnątrz) podlega znacznym wahaniom indywidualnym, ilość jego powyżej 3,5% można uważać za oznakę prawidłowej czynności nerek. Ilość powyżej 2% daje rokowanie względnie dobre, poniżej 2% — rokowanie złe.

Rozenfeld-Rożkowski. (Częstochowa).

Czasopisma archiwalne.

Patologja ogólna i anatomja patologiczna.

Presse médicale.
Nr. 63. 1921.

Léon Binet et Georges J. Dubois. **Rola wyrostka robaczkowego.** Liczne są prace, poświęcone anatomji i histologji wyrostka robaczkowego, natomiast czynność tego narządu jeszcze nie jest należycie wyświetlona. Roger wykazał jadowitość wyciągów wyrostka. Szereg autorów sprawdził znaczną czynną ruchomość wyrostka. Dubois spostrzegał, jak wyrostek, wypełniając się kałem, kurczył swój wolny koniec i wywoływał w ten sposób podrażnienie otrzewnej, powodując wzmożony ruch robaczkowy jelit grubych i przyśpieszone tem samem opróżnienie ich z mas kałowych. Lecz wyrostek robaczkowy jest przedewszystkiem gruczołem i jako taki posiada rozległe czynności. Wydzielina wyrostka, badana przez Roger'a i Josué'go u królików, jest zasadowa, przeźroczysta, nie zabija drobnoustrojów, trawi poniekąd skrobię. U ludzi, podług Robinson'a, wyciąg z wyrostka jest kwaśny, działa, aczkolwiek wolno, na albuminoidy i w stopniu bardzo nieznacznym na węglowodany. Triboulet, Ribadeau-Dumas i Harvier są zdania, że w wyrostku odbywa się przemiana bilirubiny w sterkobilinę. Co się tyczy chwili, kiedy następuje wydzielanie soku, to Macewen miał możność spostrzegania chorego, u którego czynność wydzielnicza wyrostka była widzialna, wskutek urazu i ubytku ściany kątnicy. Okazało się, że najżywsza czynność odpowiada chwili, gdy papka pokarmowa zaczyna przechodzić przez zastawkę krętniczo-tętniczą. Bardzo liczne badania świadczą (Roger, Ribadeau-Dumas, Josué, Nordwinkin, Meams i inni), że wyrostek w znacznej mierze wydziela drobnoustroje, które dostały się do krwioobiegu. Podczas takiego wydzielania wyrostek ulega stanom chorobowym, zjawia się obrzęk grudek, wylewy krwawe, niekiedy miejscami zgorzel. Richet i Saint-Girons twierdzą, że paciorkowce i laseczniki duru są wydzielane przez wyrostek w większej ilości, aniżeli przez inne odcinki jelita. Jednakże i odwrotna wędrówka drobnoustrojów od światła wgłąb jest możliwa, jak to świadczą spostrzeżenia Masson'a i Regaud'a. Obfitość tkanki chłonnej w wyrostku usprawiedliwia jego miano — migdałka brzusznego. Lecz rzeczą nową i ciekawą jest wykrycie (Masson) tkanki swoistej, przypominającej gruczoły o wydzielaniu wewnętrznem. Mianowicie w wyrostku, jak i wogóle w jelicie grubem w miejscach, gdzie w śluzówce znajdują się komórki zwykłe, istnieją też komórki srebrochłonne, tworzące rozlany gruczoł wydzielania wewnętrznego, podobny do wysepek Langerhans'a w trzustce. Czynność tego gruczołu jest jeszcze niejasna, lecz wiemy, że mogą z niego powstawać nowotwory (Gosset, Masson, Cazin). *A. Wojciechowski* (Warszawa).

Cbltt. f. allgemeine Path. und path. Anatomie.
T. 32. Z. 5—9. 1921.

Nauwerk. **Żylaki serca.** Autor podaje w uzupełnieniu zebranych przez Franka opisów żylaków serca opisany przez Przewoskiego przypadek z roku 1897, własny z r. 1905 i następne 5 innych autorów z materjału sekcyjnego w Chemnicach, które w swoim czasie nie zostały uwzględnione. Obecnie wzbogaca je nowemi trzema spostrzeżeniami, które zostały stwierdzone jako dodatkowe zmiany. Raz jeden znaleziono na przednim mięśniu brodawkowatym zastawki trójdzielnej przy samem odejściu nitek ścięgnistych cztery drobne żylaki, wielkości główki szpilki, drugi raz u dziecka dziesięciotygodniowego w tylnej części rąbka dołu owalnego gęsto usadowione rzędem cztery żylaki, zaś na sekcji żołnierza stwierdzono w mięśniu brodawkowym zastawki dwudzielnej w jej pośrodkowej części żylak wielkości fasoli, wypełniony krwią i powleczony błyszczącą pochewką wsierdzia, nitki ścięgniste zaś pozrastały się pomiędzy sobą dookoła; drugi żylak, znacznie mniejszy, wielkości główki szpilki, umieszcza się nieopodal tamtego. Autor przechyla się do poglądu Forsta, który w dziedzicznych żylakach upatruje wogóle przedewszystkiem niedorozwój ścian żylnych i odnosi to samo do żylaków serca.

Al. Eliassow. **Meningitis gummosa u noworodka.** Wczesna śmierć u noworodka lub w okresie śródmacicznym, w związku z dziedziczną kiłą, z drugiej zaś strony skąpe wiadomości o kiłowych zmianach dziedzicznych, w układzie ośrodkowo-rdzeniowym w tym wieku pobudziły autora do odnośnych poszukiwań, tembardziej, że i statystyka Rumpfa podaje zaledwie 13% przypadków zmian w tym kierunku. Ranke, opierając się na licznych spostrzeżeniach wystąpienia chorób umysłowych po dziedzicznej kile z anatomicznemi zmianami układu ośrodkowo-rdzeniowego, twierdzi, iż w wieku do 8 miesięcy często występuje lekkie zmętnienie opon miękkich i dopiero zmleczenie tych miejsc, przeważnie w płatach czołowych, pobudza do badania drobnowidowego, które w przypadkach kiły dziedzicznej wykazuje liczne komórki twórcze tkanki łącznej, nacieczenie komórkami plasmatycznemi i komórki olbrzymie wraz z ogniskiem martwiczem. Stwierdzenie krętków w układzie ośrodkowo-rdzeniowym potwierdziły w zu-

pełności zauważone zmiany histologiczne. Następnie Benda, Simonds, Ravaut i Ponselle znaleźli krętki blade w podobnych przypadkach. Autor przytacza wynik sekcji dziewczynki, żyjącej pół dnia, z rozpoznaniem klinicznem »Lues congenita«; sekcyjnie stwierdzono w przednim płacie czołowym po stronie lewej występujące zgrubienie zmleczałe, ściśle odgraniczone, wielkości pięciofenigówki i rozpoznano: Lues congenita, osteochondritis syphilitica, meningitis syphilitica circumscripta. Drobnowidowe zaś badanie cieczy wątrobowej przy zaciemnionem tle wykazuje masowe krętki blade, a wycięte skrawki zgrubiałej opony typowy obraz kilakowatego nacieczenia, co utwierdziło wymienione rozpoznanie.

G. Lignac. **Barwiki skóry, pojawiające się w gruczołach chłonnych.** Fizjologiczne lub patologiczne nagromadzenie barwika w skórze, jak np. w chorobie Addisona lub w schorzeniach skóry (łupież czerwony) albo też u rasy barwnej, może, według Riehl'a, Jadassohn'a i Schmorl'a, wywołać znaczniejsze zabarwienie powierzchownie położonych gruczołów, których barwik najprawdopodobniej należałoby utożsamiać z barwnikiem, pochodzącym ze skóry. Do dziś dnia przypuszczano, że barwik ten zostaje wywleczony ze skóry. Autor tej pracy stawia sobie za zadanie stwierdzenie istnienia barwika skóry w prawidłowych warunkach w powierzchownych gruczołach, a mianowicie zapomocą chemicznego potwierdzenia przyrody barwika. W tym celu autor stosował odczyn azotanu srebra albo metodę bielenia 3% dwutlenkiem wodoru. Pod wpływem ostatnio wymienionej metody barwik, czy to zimniczy lub skórny, czy też barwik zużycia — powoli bielał i zupełnie znikał, natomiast hematoidyna i hemosyderyna pozostawały co do zabarwienia niezmienione. W 7 zbadanych przypadkach, dotyczących ludzi zdrowych z okolic najbardziej ubarwnionych, autor niezaprzeczalnie stwierdził ziarenka barwika w gruczołach pachwinowych, co pozwala wnioskować, że komórki barwikonośne pochłonęły barwik skóry i zawlokły do pobliskich gruczołów. Rozmaita wielkość, spotykana tutaj, jakoteż wielopostaciowość komórek, zawierających barwiki, potwierdzałyby w zupełności wymienione przypuszczenie, gdyby nie istniało inne wytłumaczenie, a mianowicie Schmorla, który w dużych komórkach plasmatycznych zatoki limfatycznej upatruje komórki, podwożące barwiki skóry do gruczołów.

H. Roloff. **Jeden przypadek dodatkowego płuca.** Autor ogłasza jeden przypadek dodatkowego, zupełnie dobrze rozwiniętego trzeciego płuca, znajdującego się w śródpiersiu przedniem u kobiety lat 56, którą na sekcję dostawiono z rozpoznaniem klinicznem »tuberculosis pulmonum«, u której zaś anatomicznie stwierdzono aż trzy rozwinięte i sprawne płuca, które odsunęły serce w stronę prawą. Stąd ucisk serca na płuco prawe wywołało jego marskość.

J. Tennenberg. **O zmianach w splocie naczyniowym i związek ich z mocznicą.** Przypadki przewiekłych zapaleń nerek, w których występuje nagle mocznica bez pogorszenia się moczenia i bez zmian znacznych we krwi, są, według Monakowa, następstwem zmian w splocie naczyniowym; wychodzi on z założenia, że sploty naczyniowe komór mózgowych są błonami ochronnemi, które bronią płyn mózgowordzeniowy przed szkodliwemi czynnikami, znajdującemi się we krwi, tak samo, jak łożysko płodu zagradza drogę trującym właściwościom ustroju matki. Monakow stwierdza, na podstawie porównawczych badań płynu mózgowego i krwi, że mocznik przechodzi przez splot naczyniowy bez przeszkód, kreatynina i kwas moczowy pojawia się już w nieznacznych ilościach, indykanu zaś, według Rosenberg'a, nawet w najgęstszych stężeniach we krwi nie stwierdza się w płynie mózgowo-rdzeniowym. Chlorek sodowy natomiast znajduje się w płynie w większej ilości, aniżeli we krwi, co potwierdzałoby jego zdanie o wydzielniczej zdolności splotu naczyniowego. Monakow zbadał histologicznie w 2 przypadkach splot naczyniowy i znalazł znaczne zmiany, które w porównaniu z drobnowidzowym obrazem prawidłowego splotu przedstawiały się w postaci włóknikowego zgrubienia kosmków, oraz odkładanie grudek i mas szklistych pomiędzy i w samych kosmkach, jakoteż złuszczanie się nabłonka. Sama liczba kosmków wydaje się zmniejszoną. Prócz tego w naczyniach występuje większe pofałdowanie błony sprężystej i zgrubienia wogóle całej ścianki, jakoteż miażdżycowe zmiany w błonie wewnętrznej. A więc nagromadzenie się toksycznych substancyj we krwi powoduje pewne zniszczenie splotu naczyniowego, bujanie tkanki łącznej i znikanie kosmków, bez uszkodzenia mózgu do tej chwili, kiedy splot zachowuje jeszcze zdolność ochronną, lecz pod wpływem pogorszenia się krwiobiegu lub dołączającego się jeszcze jakiegoś ogólnego zakażenia pozostające kosmki nie mogą sprostać wymogom, tak że nastąpi mocznicowa śpiączka, jako wynik niewydolności splotu naczyniowego.

Autor niniejszego artykułu próbuje z punktu widzenia anatomicznego sprawdzić podane wyniki Monakowa i skontrolować, czy wymienione zjawiska występują wogóle u wszystkich chorych mocznicowych i czy podobne zmiany nie występują także w innych chorobach. Dlatego też autor badał splot naczyniowy w najrozmaitszym wieku; w tym celu przeprowadził badanie 60 splotów naczyniowych z bieżącego materjału sekcyjnego z najrozmaitszemi klinicznemi objawami. Autor podzielił swoje badanie na 3 grupy: do pierwszej zaliczył przypadki, które nie wykazywały chorobowych zmian w splocie; do drugiej grupy zaliczał przypadki z nieznacznemi zmianami, zbliżającemi się do opisanych przez Monakowa, uzupełniając je przypuszczeniem, że nabłonek, wyścielający kosmki, wydaje się znacznie zmniejszonym w porównaniu z kosmkami zdrowemi i że prócz tego występują częściej ziarna piaszczakowe, zwłaszcza w odnodze opony naczyniowej śródmózgowej. Wogóle 2-ga grupa przedstawia zmiany przejściowe pomiędzy 1 i 3 grupą. Do trzeciej grupy zalicza wyniki, odpowiadające zmianom, opisanym przez Monakowa.

Otóż, według podziału tego, 60 zbadanych przypadków przedstawiało następujący wynik: do pierwszej grupy wliczono 15, do drugiej 27, do trzeciej 18. A więc wyniki badań autora stwierdzają, że nie wszystkie przypadki mocznicy znalazły się w trzeciej grupie i że odpowiadały opisom Monakowa, a oprócz tego podobne zmiany rozwijają się także w następstwie innych chorobowych procesów. Autor w swym materjale miał możność badania 7 przypadków mocznicowych, z których dwa odpowiadały trzeciej grupie, 4 drugiej, i jeden zaś pierwszej grupie.

Autor skłania się do poglądu, że opisane zmiany mogą wystąpić w mocznicy, lecz przedewszystkiem występują u osobników starszych ze zmianami miażdżycowemi. Badane przypadki wykazują, że nie tylko substancje moczu mogą powodować bujanie tkanki łącznej, lecz że również i inne wytwory patologicznej przemiany materji, znajdujące się we krwi, wywołują te same zmiany. Dlatego też nie wolno upatrywać w miejscowych zmianach splotu naczyniowego przyczyny wystąpienia śpiączki mocznicowej, jak sobie tłómaczy Monakow.

L. Salmony. **Przebicie wrzodu żołądka do lewej komory serca.** Sprawa, podana w tytule pracy, zdarza się bardzo rzadko i opisana była zaledwie 5 razy w piśmiennictwie wszechświatowem. Przypadek dotyczył mężczyzny, u którego na przedniej ścianie żołądka, w odległości 3 cm od krzywizny małej, zauważono krągły wrzód o średnicy 3 cm; w odpowiedniem miejscu wytworzyły się zrosty z przeponą i osierdziem, a następnie bardzo nieznaczny otwór, prowadzący do komory lewej serca. Klinicznych objawów nie dawała opisana zmiana. Przebicie wrzodu do serca ze względów anatomicznych może nastąpić tylko w razie jego specjalnego usadowienia w pobliżu wpustu lub tuż w krzywiźnie małej, gdyż inaczej stała ruchomość przepony i serca przeszkadza takiemu przebiciu. *W. Janusz* (Lwów).

Choroby wewnętrzne.

Annales de Médecine.

T. XI Nr. 1. 1922.

L. Bard. **O rozpoznawaniu i częstości przetok opłucnowo-płucnych, powstających w czasie odmy sztucznej.** We wszystkich prawie przypadkach wysięku opłucnej, powstającego w czasie leczenia odmą sztuczną — stwierdził autor obecność przetoki opłucnowo-płucnej. Objawy, pozwalające rozpoznać obecność przetoki, są następujące: oddech dzbanowy, niedostateczna resorbcja gazu w opłucnej; stwierdzenie dodatniego ciśnienia

w jamie opłucnej w obu fazach oddechania, nagły spadek ciśnienia po wprowadzeniu pewnej ilości gazu (świadczy o przerwaniu zrostów).

L. Viol l e. **Czterodniowe badanie wydzielania wody w przebiegu leczenia djuretycznego.** Przytaczając wyniki czterodniowego badania moczu chorych, poddanych kuracji djuretycznej wodą Vittel, przychodzi autor do przekonania, że opisany sposób pozwala bardzo ściśle różniczkować poszczególne schorzenia nerek i daje wskazówki do racjonalnego leczenia.

Guillain. **Przypadek guza w spoidle mózgu — przyczynek do badań semiologicznych guzów spoidła.**

F. de Gröer. **Teorja działania leczniczego światła.** (Doniesienie tymczasowe) Naświetlanie słoneczne wywołuje zespół objawów, zwany »crise haemoclasique« — działa więc ergotropowo. Wnosząc stąd, że leczniczy wpływ światła podobny jest do wyników terapji proteinowej, badał autor nasilenie odczynu skórnego Schick'a i Mantoux, dokonanego przed i po naświetlaniu. Ponieważ po naświetlaniu odczyn był słabszy — widzi w tem autor potwierdzenie swej teorji.

M. Nathan. **Doświadczenia nad odnową narządów miąższowych.** Badano zachowanie się tkanek w zranionych sztucznie narządach miąższowych: wątrobie, nerkach, tarczycy.

Mis ewiczówna (Warszawa).

Mitteilungen a. d. Grenzgebieten der Medizin u. d. Chirurgie. T. 34. Z. 1. 1921.

Schloessmann. **Nowe spostrzeżenia, dotyczące ciężkich zachorzeń narządów jamy brzusznej, wywołanych przez glistę dżdżownicowatą.** Glista dżdżownicowata staje się wówczas niebezpieczną, gdy wędruje w przewodzie pokarmowym lub gdy zjawia się naraz w bardzo dużej ilości. Opuszczając jelito czcze, glisty mogą wędrować ku kątnicy lub ku żołądkowi; gdy przewody żółciowe są zmienione, nadewszystko zaś gdy brodawka dwunastnicza nie znajduje się w stanie normalnego skurczu, glisty mogą, unikając kwaśnego soku żołądkowego, dostawać się do przewodu żółciowego wspólnego, wątrobnego i przewodów żółciowych. Autor opisuje 6 przypadków operowanych; w 4 z nich znaleziono pojedyncze glisty w przewodzie żółciowym wspólnym lub wątrobnym, raz 3 glisty w dużym przewodzie żółciowym a raz 14 w przewodach wątrobowych. W jednym przypadku sprawę trafnie rozpoznano przed zabiegiem operacyjnym. Następnie autor opisuje 3 nowe przypadki obecności glisty dżdżownicowatej w wyrostku robaczkowym u dzieci (uprzednio opisał 2 przypadki). Objawy, silne bóle w rodzaju kolki, są wywołane przez mechaniczne podrażnienie otrzewnej. Objawów zapalnych ze strony błony śluzowej może nie być. W jednym przypadku znaleziono glistę w ranie operacyjnej na 5 dzień po operacji usunięcia wyrostka robaczkowego w ciężkiem ropnem zapaleniu tego narządu, połączonem z przedziurawieniem, przyczem następnie tąż drogą odeszło jeszcze 10 glist, częściowo przy stosowaniu santoniny. Autor opisuje następnie niedrożność jelitową wywołaną przez glisty (*ileus verminosus*) na zasadzie piśmiennictwa przedmiotu i 12 własnych spostrzeżeń; i rozróżnia niedrożność wskutek zatkania od niedrożności wskutek skurczu, która to ostatnia może być wywołana obecnością nawet jednej tylko glisty. Autor jest zdania, że santonina, którą stosował często u chorych, nie zabija glist, a tylko powoduje ich wędrówkę do jelita grubego i w ten sposób ułatwia ich wydalanie. W jednym przypadku, pomimo podawania tego środka w ciągu 6 dni 3 razy dziennie po 0,05, znaleziono podczas operacji 30 sztuk żywych glist. Omówiwszy badania Weinlauda i Flury'ego nad przemianą materji u glist i produktami, które mogą mieć działanie toksyczne dla człowieka, opisuje 3 przypadki — z tych jeden śmiertelny — w których duża ilość glist wywoływała niepokój ruchowy, podniecenie psychiczne, bredzenie, wysoką gorączkę, wreszcie zapaść. Nie jest jasnem, czemu objawy zatrucia występują tylko u niektórych ludzi; być może jest to objaw analogiczny do podrażnień błon śluzowych nosa, gardzieli, oczu, które spotykamy u niektórych ludzi podczas preparowania glist w laboratorjach, na co dawniej już zwracał uwagę Goldschmidt.

Albrecht Wagner. **Przyczynek do bakterjologji dróg żółciowych.** Autor zestawia dane 531 przypadków schorzeń pęcherzyka żółciowego i przewodów; w 465 przypadkach pobrano podczas zabiegu operacyjnego żółć strzykawką z pęcherzyka lub przewodu żółciowego wspólnego i badano jej jałowość. Dodatnie wyniki wzrostu otrzymano w 45%, w 55% posiew okazał się jałowym. Najczęściej spotykano prątka okrężnicy, z kolei paciorkowce lub oba prątki razem, następnie gronkowce, wreszcie inne bakterje. W 6 przypadkach znaleziono prątek durowy, a w 14 prątki duru rzekomego. Najwięcej dodatnich wyników posiewu — połowa przypadków — otrzymano bezpośrednio po pierwszym napadzie i wówczas przeważał prątek okrężnicy; w stanach schorzeń przewlekłych pęcherzyka i przewodów żółciowych częstość dodatnich wyników posiewu zmniejsza się do 38·4%. Autor zaznacza, że badania jego, obejmujące większy materjał, niż statystyczne zestawienia Rovsing'a, nie wyjaśniają sprawy, czy zakażenie dróg żółciowych jest wstępujące, pochodne z jelit, czy też pochodzi ze krwi.

H. Full i W. von Friedrich. **Wrzód żołądka a połykanie powietrza.** Autorzy opisują szczegółowo przypadek połykania powietrza przy wrzodzie żołądka, przyczem to ostatnie cierpienie dokładnie rozpoznanem zostało jedynie na stole operacyjnym. Objawy połykania powietrza, nadmiernego wydzielania śliny, jakoteż i podmiotowe dolegliwości ustąpiły po dokonaniu zabiegu operacyjnego (Billroth I.). Przypadek ten potwierdza wyniki prac Mathieu oraz Hayem'a, którzy zwrócili uwagę, że połykanie powietrza może dołączyć się, jako objaw wtórny do ciężkich, przewlekłych schorzeń żołądka. Autorzy omawiają dokładnie odnośne piśmiennictwo i przychodzą do wniosku, że nie mamy do czynienia z aktem psychicznym, lecz z objawem odruchowym.

Kurt Wachendorf. **O dziecięcem porażeniu mózgowem oraz w związku z niem występujących zaburzeniach ruchowych mimowolnych, atetotycznych, pląsawiczych i padaczce.** Autor omawia bardzo szczegółowo trzy przypadki operowane: w pierwszym, który zakończył się niepomyślnie, stwierdzono na autopsji ognisko zwapnienia w okolicy *nucleus ruber*; zaburzenia wystąpiły od wieku 3 lat w związku z chorobą wysypkową; w drugim, w którym zaburzenia porażenne połowiczne istniały od urodzenia, stwierdzono proces zapalny na powierzchni mózgowia z wytworzeniem się torbieli i złogów wapiennych w pajęczynówce; w trzecim, w którym zaburzenia stoją w związku z porodem kleszczowym, stwierdzono dużą torbiel w mózgu, jako pozostałość po ognisku rozmiękczenia. W obu ostatnich przypadkach nastąpiła pewna poprawa po dokonaniu zabiegu operacyjnego. Autor omawia teorje powstawania tego cierpienia, kwestję ruchów pląsawiczych, atetotycznych oraz padaczki w związku z tem schorzeniem, a przypominając przypadek Tilmann'a (w którym wystąpiło ognisko rozmiękczenia w lewem mózgowiu w związku z przebytą płonicą wraz ze stanem padaczkowym), w którym wczesna operacja i sączkowanie usunęły objawy, zachęca do dalszych prób operacyjnych w tym kierunku.

A. Stefanowski (Warszawa)

Choroby dzieci.

Archives de Médecine des Enfants. T. XXIV z. 11. 1921.

Comby J. **12 nowych przypadków gnilca dziecięcego.** Autor twierdzi, że obecnie jeszcze na 10 przypadków choroby Barlowa 9 pozostaje bez właściwego rozpoznania. Do 60 przypadków, spostrzeganych od r. 1898 do 1918 (przeciętnie 3 rocznie), dodaje C 12, jakie widział w latach 1919—20, a zatem ilość przypadków w okresie powojennym wydatnie się zwiększyła. Z 72 przypadków 34 dotyczyło chłopców, 38 dziewcząt; co do wieku: 3 przyp. do 6 mies., 26 między 6 a 9 m., 23 od 9 do 12 m., 15 od 12 do 18 i 5 przyp. powyżej 18 m. We wszystkich przypadkach dzieci żywione były sztucznie, w większości mlekiem konserwowem lub wyjaławianem drogą specjalnych urządzeń technicznych, rzadziej mączkami mlecznemi (8) lub mlekiem wyjałowionem w domu (3). Okres nieodpowiedniego żywienia wynosił 6—10 mies. do wystąpienia pierwszych objawów. Za najważniejszy objaw uważa C. bolesność kończyn z rzekomem porażeniem kończyn (*pseudoparaplégie douloureuse*); następnie wylewy krwawe z obrzmieniem dziąseł — objaw spostrzegany zresztą

wyłącznie u dzieci, posiadających już zęby, przeważnie na szczęce górnej w okolicy siekaczy bocznych lub środkowych; brak krwawień nie wyklucza rozpoznania gnilca. Roentgenogramów autor nie podaje. Leczenie — djetetyczne: mleko krótko gotowane, sok z pomarańcz, winogron, cytryn, puré z kartofli. Rokowanie pomyślne.

D u h e m P. **O częściowych stwardnieniach płuc oraz przemieszczeniu serca w zależności od stwardnień rozległych.** Obrazy rentgenograficzne klatki piersiowej po ostrych schorzeniach płuc u dzieci. Obrazy te wykazują stwardnienia częściowe (typ wnękowy i typ przeponowy) bez zmiany położenia serca, oraz rozległe zaciemnienia do połowy klatki piersiowej z przesunięciem serca zarówno w prawo, jak w lewo (*dextro et sinistrocardia*).

G u i n o n L. i Mlle de P f e f f e l. **Kilka uwag klinicznych w sprawie moru u dzieci.** Opis 2 przypadków, spostrzeganych w szpitalu Bretonneau w październiku 1920; rozpoznanie w obydwu oparto na badaniu bakterjologicznem: W pierwszym, zakończonym śmiertelnie, znaleziono prątki w płynie mózgowo-rdzeniowym oraz licznych ropniach skóry *(pyodermite et méningite pesteuse)*, co należy do rzadkich objawów klinicznych moru. Drugi przypadek miał przebieg łagodny, prątki stwierdzono w płynie, otrzymanym przez nakłucie jednego z obrzmiałych gruczołów chłonnych.

C o n d a t Mlle. **Przypadek niedokrwistości złośliwej u 14-letniej dziewczynki.** Badanie krwi: krw. czerw.: 780.000 (przyp. ref.), bezbarwnych 6560, Hb: 0,25; oporność krw. czerw. H 0.425—0.3; ciałek białych wielojądrzastych 33%, limfocytów 27%, jednojądrzastych średnich 38, wielkich 1.6, eozynochłonnych 0.4%, brak komórek czerwonych z jądrami, nieznaczna anizocytoza. Przyczyna choroby niewyjaśniona; zejście śmiertelne, rozbioru zwłok nie można było wykonać.

C o n d a t Mlle. **Mięsak pierwotny jelita cienkiego u 8-letniego dziecka.** Guz wielkości pomarańczy w świetle kątnicy; zabieg operacyjny wskutek objawów niedrożności jelit, śmierć. Badanie drobnowidowe: mięsak okrągłokomórkowy.

H. B a r b i e r. **Z powodu 6 przypadków choroby Parrot.** Leczenie kiły wrodzonej u niemowląt z objawami zaniku. Opis kiły wrodzonej u 6 niemowląt z objawami porażenia; obrazy radjoskopowe. W drugiej części pracy autor omawia szczegółowo objawy i leczenie kiły u niemowląt, uwzględniając wyłącznie przypadki z zajęciem narządów wewnętrznych i objawami ogólnego zaniku. Leczenie mieszane: rtęć i arsen (sulfarsenol w 10—12 zastrzykiwaniach podskórnych 0.01 do 0,06 co 5 dni). Wyniki leczenia: w I. grupie (choroba Parrot): 4 przypadki wyleczenia, 2 śmiertelne; w II. grupie (zanik ogólny): 27 przyp. pomyślnych, 7 śmiertelnych.

R. N o b é c o u r t i L. N a d a l. **Przewlekły gościec stawowy u dzieci: rodzaj zakażenia oraz zboczenia rozwoju kości.** Przegląd przyczyn zapalenia przewlekłego stawów u dzieci (ostre choroby zakaźne, wiewiór, gruźlica, kiła i in.); zboczenia wzrostu kości zależne są w ogromnej większości przypadków od jednoczesnych zaburzeń w działaniu gruczołów dokrewnych.

Praca zawiera właściwie szczegółowy opis zniekształcającego zapalenia stawów u $14^1/_2$ letniej dziewczynki z objawami pewnego upośledzenia rozwoju ogólnego. Jako przyczynę gośćca ustalono zakażenie tryprowe i leczenie odnośną szczepionką (*stock-vaccina* z Instytutu Pasteura w postaci zastrzykiwań od 0,5 do 2 ccm w ampułkach po 500 milj. w 1 cm) dało wybitną poprawę ze strony stawów; prócz tego zastosowano u chorej leczenie »wielogruczolowe«, podając jednocześnie sproszkowaną tarczycę (0,10), przysadkę (0,15) i nadnercze (0,15).

Po miesiącu leczenia stwierdzono poprawę stanu ogólnego oraz zmianę prób biologicznych, które przed kuracją wykazywały upośledzenie działania gruczołów dokrewnych.

J. C a m e s c a s s e. **Wpływ obiadu na wagę ciała.** 115 chłopców pewnego uzdrowiska ważono co miesiąc w 2 godziny po obiedzie, raz zaś zważono przed obiadem; niedobór wynosił przeciętnie 300 gr. na 1 dziecko (w wieku od lat 4 do 14).

G. B l e c h m a n n i J. S t i a s s n i e. **Przypadek ciężkiej błonicy; obustronne zapalenie jądra i najądrza w przebiegu zaburzeń posurowiczych.** Opis przypadku.

J. C o m b y. **Gruźlica u dzieci w Nowym Jorku.** Ciekawe dane liczbowe. *W. Jasiński* (Lwów).

Bulletin de l' Academie de Médecine
3 ser. LXXXIII. Nr. 23.

P. F. A r m a n d - D e l i l l e et P i e r r e L o u i s M a r i e. **Studja nad odpornością przeciw błonicy za pomocą odczynu Schick'a. Jego zastosowanie i zapobieganie szerzeniu się błonicy w szkole.** Autorzy przeprowadzili badania nad odpornością przeciw błonicy wśród 200 dzieci, według metody Sckick'a, Park'a i Zingher'a. Z tych 37.5% wykazało wrażliwość na zakażenie błonicze. Wśród zbadanych między innymi znajduje się 15 rodzin; biorąc pod uwagę odczyny, jakie dają dzieci, należące do tej samej rodziny, autorzy znaleźli, iż oddziaływują one prawie zawsze w jeden i ten sam sposób, dodatnio lub ujemnie, jedynie tylko wśród członków 2-ch rodzin wynik odczynu był rozbieżny. Pomimo panującej naówczas epidemji we wszystkich 3-ch zbadanych zbiorowiskach ludzkich nie stwierdzono ani jednego zachorowania wśród wykazujących odporność. U oddziaływujących dodatnio natomiast zastosowano uodpornienie bierne zapomocą zastrzykiwania surowicy przeciwbłoniczej. Środek ten musi być stosowanym natychmiast po wybuchu epidemji. W tym celu należy mieć już zawczasu przygotowany wykaz dzieci wrażliwych na zakażenie. Osiągnąć to można zapomocą dokonywania odczynu Schick'a na początku roku szkolnego; wyniki badań należy wnieść do księgi celem zużytkowania ich na wypadek wybuchu epidemji. *Henryk Brokman* (Warszawa).

Stomatologja.
Zeitschrift für Stomatologie.
Nr. 9. 1921.

G o t t l i e b B. **Wyrośle cementowe, krople szkliwa, gniazda nabłonkowe.** W poprzednich pracach wykazał autor specjalne biologiczne znaczenie cementu, a mianowicie, że różnego rodzaju przerosty cementu są samoobroną organizmu przeciwko wypadaniu zębów. Z powodu zanikania wyrostka zębodołowego powstałe zwiększenie przestrzeni zajmowanej przez ozębną wyrównywa się przez wytworzenie się innych pokładów cementu, o ile proces ten powtarza się kilkakrotnie, powoduje w końcu znaczne, rozlane zgrubienie warstwy cementowej. Miejscami przychodzi nawet do zrośnięcia cementu i kości wyrostka zębodołowego. Istnieją jednak t. zw. pierwotne wyrośle cementowe które uważano za nieprawidłowości rozwojowe. Temi wyroślami zajmuje się autor właśnie obecnie. Warstwa nabłonkowa Hertwiga może także i na korzeniu wytwarzać szkliwo. Są to t. zw. krople szkliwa. Krople te znajdują się stale w pobliżu normalnej granicy szkliwa i cementu, a w zębach o kilku korzeniach w miejscu dzielenia się korzeni. Fakt, że w niektórych uzębieniach spotyka się krople szkliwa bardzo często, w innych zaś rzadko lub wcale nie, nie jest jeszcze wyjaśniony. Krople szkliwa leżą wprost na zębinie, brak tu pierwotnej warstwy cementu, zastępczo jednak pojawia się cement dookoła kropli szkliwa. Duża więc część makroskopowo widzialnych wyrośli, jest następowem bujaniem cementu, wywołanem przez leżące pod niem krople szkliwa. Badania histologiczne wykazują również w sąsiedztwie kropli szkliwa rozrzucone komórki nabłonkowe, otoczone mniejszą lub większą ilością cementu. Między temi komórkami, pozostałemi z rozpadu większych gniazd przybłonkowych, a przerostem cementu istnieje ścisły związek; wskutek drażnienia przez komórki posiadające pewne siły życiowe występuje zarazem zanikanie kości zębodołowej, a jednocześnie powstawanie wyrośli cementowych. Cement tworzy się tak długo dopóki wszystkie rozsiane komórki nie zostaną przez niego otoczone, a wskutek tego i szkodliwe działanie na kość zahamowane. Wyrośle cementowe tworzą się zatem także: a) jako pokrycie kropli szkliwa, b) jako otorbienie rozpadłych gniazd przybłonkowych. *S. Węgrzynowska* (Lwów).

Bibljografja.

A. Piśmiennictwo polskie.

Artykuły oryginalne w czasopismach.

Lekarz wojskowy Nr. 4. L. Zembrzuski: Prawa postępu a dzieje rozwoju służby zdrowia w wojsku. — R. Bernhardt: Kilka słów w sprawie wstrząsu azotynowego. — T. Alkiewicz: Złamanie po marszu. — W. Żurakowski: Ruch chorych w wojskowym szpitalu sezonowym w Ciechocinku w r. 1921 i uwagi dotyczące tego szpitalu oraz całego zdrojowiska. — A. Kończacki: Kilka słów o zachowaniu się lekarzy wojskowych na polu bitwy.

Ruch w Towarzystwach lekarskich — Zjazdy.

Lwowskie Towarzystwo lekarskie.

XI. Posiedzenie naukowe z dnia 24 marca 1922 r.
Przewodniczy kol. Franke. Obecnych 106.

1. Prezes kol. Franke odczytuje memorjał w sprawie zdrojowisk do Ministerstwa Zdrowia publicznego. Memorjał przyjęto jednogłośnie.

Następnie zdają sprawozdania roczne skarbnik Towarzystwa kol. Zalewski, prezes komitetu budowy domu Towarzystwa lek. kol. Rencki i administrator Lwowskiego Tygodnika lekarskiego kol. Bocheński. Kol. Zaorski imieniem komisji rewizyjnej wnosi, o udzielenie absolutorjum wszystkim trzem sprawozdawcom. Propozycję przyjęto jednogłośnie, a prezes i kilku mowców gorąco dziękowało sprawozdawcom za ich czynności.

2. Kol. Ostrowski wygłasza wykład: **„O nowoczesnych sposobach leczenia ran“**. (Ukaże się drukiem).

W dyskusji kol. Gröer potwierdza na podstawie swych spostrzeżeń dodatnie wyniki, otrzymywane przy metodzie konserwatywnej, biologicznej, jakich nigdy nie miał przy sposobach agresywnych leczenia ran. Kol. Nowicki podnosi, że nowsze postępowanie przy leczeniu ran idzie słusznie po linji zapatrywania, że zapalenie jest procesem obronnym, a więc korzystnym dla ustroju. Kol. Łukasiewicz stwierdza dodatnie wyniki leczenia róży przy suchych opatrunkach. Podkreśla dodatnie działanie okalania ran tłuszczem (wazeliną), który chroni przed zakażaniem otaczającej skóry.

3. Kol. Józef Aleksiewicz wygłasza odczyt: **O leczeniu ran postrzałowych stawu kolanowego.** (Ukaże się w druku).

W dyskusji zabierał głos kol. Jakób Selzer.

XII. Posiedzenie naukowe z dnia 31 marca 1922 r.
Przewodniczy kol. Franke. Obecnych 152.

Wykład zbiorowy na temat **proteino- i kolloidoterapji**, który ukaże się drukiem w Polskiej Gazecie Lekarskiej.

Referenci główni:

1. Kol. Gröer: **Podstawy teoretyczne proteino- i kolloidoterapji.**

2. Kol. Rencki: **Wskazania i wyniki stosowania proteino- i kolloidoterapji w chorobach wewnętrznych**, z równoczesnem podaniem licznej statystyki, opartej na własnych badaniach klinicznych.

XIII. Posiedzenie naukowe z dnia 7 kwietnia 1922 r.
Przewodniczy kol. Franke. Obecnych 131.

Ciąg dalszy zbiorowego wykładu o **proteino- i kolloidoterapji.**

3. Kol. Łukasiewicz: **Zastosowanie i wyniki proteino- i kolloidoterapji w chorobach skórnych i wenerycznych.**

4. Kol. Bocheński: **Wyniki proteino- i kolloidoterapji w chorobach kobiecych i położnictwie.**

Referenci dyskusyjni składają sprawozdania, oparte na podstawie własnych spostrzeżeń:

1) Kol. Wiczyński w zakresie chorób kobiecych i położnictwa.
2) Kol. Leszczyński z zakresu chorób skórnych i wenerycznych.
3) Kol. Ruff ze stanowiska chirurgji.
4) Kol. Rothfeld ze stanowiska chorób nerwowych.

Kmietowicz, sekretarz.

XIV. Posiedzenie naukowe z dnia 21 kwietnia 1922 r.
Przewodniczy kol. Franke. Obecnych 95.

1. Kol. Machek przedstawia wyleczony przypadek **półpaśca tęczówkowego** (*herpes zoster iridis*). Podaje zmiany charakterystyczne: choroba rozpoczyna się w 2 — 3 tygodnie po objawach na skórze silnym nerwobólem, któremu towarzyszy przekrwienie tęczówki, obrzmienie miejscowe utkania tęczówki, rozpad zajętej części, połączony najczęściej z krwotokami do przedniej komory; wygojenie następuje przez wytworzenie się blizny tęczówkowej. Cechy blizny są: łupkowato-brunatna barwa, miejscowe nagromadzenie barwików tęczówkowych, które tworzą ciemne plamy; blizna jest zapadnięta, brak zagłębień i dołków. Szczegóły mniejszych blizn rozpoznać można tylko lupą Westien-Zehendera lub rogówkowym mikroskopem Zeissa. Vogt w swoim atlasie (1921) podaje obraz tej choroby przy powiększeniu Gullstrandowskiej lampy szczelinowej (ryc. 311). Półpasiec tęczówkowy opisał pierwszy Machek w r. 1895, później kilka przypadków Gilbert (1911), a Meller z Wiednia (1920) zbadał zmiany anatomopatologiczne, potwierdzające istnienie prawdziwego *herpes zoster iridis*.

2. Kol. Selzer Jakób przedstawia **palec IV prawej ręki**, urwany wraz ze ścięgnami w czasie, kiedy chory, przełażąc przez płot z drutu kolczastego, zawisł całym ciężarem ciała na pierścieniu tego palca.

3. Kol. Fuchs wygłasza odczyt: **„O gorączce wołyńskiej“**. (Ukaże się drukiem w P. G. L.).

4. W dalszym ciągu dyskusji w sprawie **kolloido- i proteinoterapji** przemawiali dalsi referenci dyskusyjni na podstawie własnych spostrzeżeń:

5. Kol. Schramm **z zakresu chirurgji.**
6. Kol. Balej **o zastosowaniu w gruźlicy płuc.**
7. Kol. Selzer Marcin **przy gruźlicy płuc.**

H. Schusterówna, w zastępstwie sekretarza dorocznego.

Warszawskie Towarzystwo lekarskie.

Posiedzenie kliniczne z dnia 21 lutego 1922 r.
Przewodniczy prof. A. Gluziński.

I. S. Składkowski. **„Służba sanitarna w bitwie pod Grochowem“.** Po przedstawieniu działalności generała sztab-lekarza Karola Kaczkowskiego w dniu 25 lutego 1831 roku, i wyników jego zarządzeń, dzięki którym zostało wywiezionych z pola bitwy 7000 rannych w ciągu 9 godzin do szpitali warszawskich, mowca wyprowadza następujące wnioski: 1) Służba sanitarna w bitwie pod Grochowem postawiona była w nadzwyczaj trudne warunki. Trudności stanowiły: a) komunikacja z tyłami przez jedyny niepewny most pontonowy na Wiśle; b) warunki terenowe, utrudniające wynoszenie rannych, jak rowy, błota; c) zimna pora roku i konieczność opatrywania rannych pod gołem niebem, dzięki rozebraniu i spaleniu przez żołnierzy domów Grochowa; d) brak opatrunków osobistych, noszy i wyszkolonych sanitarjuszy; e) siedmiuset rannych na godzinę; f) panika na tyłach, wywołana przez szarżę kirasjerów.

2. Trudności te rozwiązane zostały w sposób niezwykle szybki i szczęśliwy, dzięki niezrównanemu męstwu żołnierza polskiego oraz zdolnościom organizacyjnym i taktyczno-sanitarnym generała sztab. lekarza Kaczkowskiego.

3. Te niezwykłe zdolności ujawnione zostały przez: a) zaimprowizowanie i wprowadzenie w Armji Polskiej specjalnych oddziałów sanitarnych do wynoszenia rannych podczas bitwy; b) celowe użycie t. zw. „brankardierów“ w bitwie; c) korzystne rozmieszczenie w czasie i przestrzeni urządzeń sanitarnych; d) segregowanie rannych i niezwłoczne wysyłanie ich do Warszawy: e) ujęcie oddziałów i zakładów sanitarnych żelazną ręką w karby karności i dyscypliny; f) zastosowanie heroicznego środka rekwizycji zasłanego łóżka z każdego dwupokojowego mieszkania.

4. Dzięki tym zarządzeniom bitwa pod Grochowem należy do unikatów w historji, gdyż ranni strony zwycięzonej znaleźli się w daleko lepszych warunkach, niż zwycięskiej, zarówno w czasie bitwy, jak i po jej ukończeniu.

5. To też „Dzień krwi i chwały“, będąc chlubą oręża polskiego, jest dniem słusznej dumy i blasku sanitarjatu polskiego.

6. Kaczkowski, jako lekarz taktyk, jest wzorem dla naszych lekarzy wojskowych; brankardierzy są żywym wzorem dla obecnych szeregowych wojsk sanitarnych.

II. S. Rubinrot: **„Przyczynek do leczenia guzów śródpiersia“.** Mowca wymienia anatomiczne rodzaje guzów śródpiersia. Omawia obraz kliniczny i rozpoznanie i leczenie guzów śródpiersia.

Mowca przedstawia roentgenogramy z przypadku dużego guza śródpiersia, uleczonego naświetlaniem, przyczem guz znikł zupełnie. Chorą obserwuje od lat 3, obecnie jest ona zupełnie zdrowa. Drugi przypadek jest jeszcze w leczeniu (2 serje); roentgenogram po drugiej serji pozwala stwierdzić znaczne zmniejszenie się guza. Technika naświetlania polega na naświetlaniu głębokiem klatki piersiowej z przodu i z tyłu, a także i wątroby (powiększonej). Serja składa się z 6—10 naświetlań, serje w odstępach trzytygodniowych. Poprawa występuje często już po pierwszej serji.

Dyskusja. Prof. Gluziński podnosi, że najlepiej poddają się leczeniu zmiany gruczołów na tle gruźliczem i ziarniniaki (*granulomata*); w mięsakach można otrzymać pewne polepszenie. Przy różniczkowaniu pomiędzy guzem śródpiersia i tętniakiem prof. G. obok cech znanych zwraca uwagę, że, jeżeli jest porażony lewy nerw wsteczny, to przemawia to za tętniakiem, jeżeli zaś zajęty jest nerw wsteczny z prawej strony, to raczej mamy do czynienia z guzem. Zasadniczo najlepszym środkiem leczniczym w przypadkach guzów śródpiersia, o których była mowa, są promienie Roentgena.

III. W. Kamocki przedstawia preparat: **1) Sarcoma adenoidale i 2) Perithelioma (sarcoma alveolare polymorphocellulare).**

1. U 67-letniej chorej badanie wykazało niepomiernie rozwinięte żylaki podudzia i obrzęk ogólny lewej dolnej kończyny; wkrótce w dalszym przebiegu choroby powstały liczne zakrzepy żylne ze stanem zapalnym skóry oraz silne powiększenie gruczołów chłonnych pachwinowo-udowych, które następnie zaczęły się rozpadać z wydzieliną śluzowo-ropną; w taki sposób na powierzchni nowotworu powstały liczne wrzodzenia charakteru kraterowatego na przestrzeni bez mała całej dłoni. Całość dawała obraz kliniczny zwyrodnienia rakowatego. Usunąć guza nie można było,

gdyż wrastał głęboko pomiędzy naczynia główne. Chora zmarła. K. skłonny jest na podstawie badania drobnowidowego do przypuszczenia, że ma do czynienia z mięsakiem, zbudowanym podług typu tkanki adenoidalnej (*sarcoma adenoidale*), a więc z mięsakiem utkanym bardziej typowo, niż inne nowotwory złośliwe tego rodzaju; stąd też przypuszczenie, że guzy takie są mniej złośliwe od innych, bardziej atypowo zbudowanych.

2. Drugi nowotwór, wielkości głowy noworodka, usunięty przez kol. Lewensterna z pośród mięśni uda, był ze wszech stron pokryty otoczką łącznotkankową i mikroskopowo miał budowę dobrze znanego **sarcoma alveolare** (*polymorpho cellulare*). Nasuwa się tu jednak przypuszczenie, czy nie mamy tu do czynienia z *perithelioma*, gdzie pierwotnie rozrastają się komórki okołonaczyniowe, z nich zaś już powstają komórki, położone w środku alweoli; uprawnia nas do tego przypuszczenia położenie jądra, które, jak wiadomo, bierze udział w różnych przejawach życiowych komórki i przesuwa się w kierunku, jej największej ekspansji.

Sekretarz doroczny, *W. Kowalski.*

Towarzystwo lekarskie Częstochowskie.

Posiedzenie administracyjne z dnia 17. stycznia 1922 r.

Obecnych członków 19, przewodniczy kol. Rozenfeld-Rożkowski.

Wysłuchano sprawozdań rocznych sekretarza i skarbnika. W roku sprawozdawczym odbyło się 13 posiedzeń; odczytów i referatów wygłoszono 14, komunikatów kazuistycznych było 9, pokazów chorych 9, pokazów preparatów 11, sprawozdań ze zjazdów 3. Uchwałę z roku 1920, dotyczącą zbierania składek na stypendjum im. Dra Biegańskiego przyjęto ponownie i postanowiono zbierać składki co miesiąc (dotychczas zebrano mk. 46.345). Wybory dały wynik następujący: prezes kol. Rozenfeld-Rożkowski, zastępca prezesa kol. Wrześniowski, sekretarze Łokczewski i Szaniawski, skarbnik E. Kon, członkowie zarządu kol. Stawnicki i Okuszko, komisja rewizyjna Wołowski, Wasilewski i mag. Nowak, czynność bibljotekarzy objęli koledzy Heyman i R. Broniatowski.

Posiedzenie naukowe z dnia 14. lutego 1922 r.

Obecnych członków 21.

1) Kol. Purski podał sprawodzanie ze **Zjazdu lekarzy i działaczy sanitarnych** miejskich w Warszawie.

2) kol. Wasilewski odczytał pracę:

„**Obecny stan poglądów na leczenie ostrego gośćca stawowego i spraw pokrewnych**". Zestawiając krytycznie dawniejsze i obecne sposoby leczenia ostrego gośćca stawowego, przychodzi prelegent do wniosku, że najpewniejszym środkiem pozostają przetwory salicylowe, szczególnie kwas salicylowy, stosowany podskórnie. Powikłania ze strony wsierdzia nietylko nie stanowią przeciwwskazania do stosowania tych przetworów, lecz przeciwnie wymagają energicznego i długotrwałego podawania salicylu. Na dowód podaje kol. W. kilka własnych spostrzeżeń z praktyki.

W dyskusji brali udział koledzy: Okuszko, Stawnicki, Szaniawski, S. Kon, Heyman i prelegent. Kol. Okuszko widywał dobre wyniki po zastosowaniu w ostrym gośćcu stawowym kąpieli słonych Zdaniem kol. Stawnickiego dążyć należy do stwierdzenia, jakie zakażenie powoduje ostre zapalenie stawów; znamy już zapalenia stawów rzeżączkowe, czerwonkowe; w przyszłości szereg ten niewątpliwie się zwiększy.

3) kol. Łokczewski proponuje, aby w przyszłości koledzy, przedstawiający kandydatów na członków Tow. lekarskiego, składali do prezydjum ich życiorys i aby był on odczytywany przed głosowaniem. Wniosek przyjęto.

K. Łokczewski, sekretarz.

Polskie Tow. Dermatologiczne. – Oddział lwowski.

VIII Posiedzenie naukowe z dnia 5. stycznia 1922.

1. Prof. Łukasiewicz omawia a) **sposoby leczenia łuszczycy** i przedstawia 4 chorych, którym wstrzykuje — z dobrym wynikiem — zawiesinkę Bory'ego. Piąty przypadek dotyczy 22 letniej dziewczyny z niezwykłą, atypową, ostrą wysypką łuszczycy, leczoną również metodą Bory'ego z nadzwyczajnie pomyślnym wynikiem. b) Następnie mowca przedstawia przypadek **pęcherzycy** u 42 letniego mężczyzny z obfitą erupcją pęcherzy, rozsianych niemal po całem ciele; leczenie polega na wstrzykiwaniu choremu surowicy krwi ozdrowieńca po pęcherzycy.

W dyskusji przemawia dr. Wepperówna, dr. Leszczyński i dr. Salpeter.

2. Dr. Kotiers przedstawia z kliniki dermatologicznej 4 przypadki **tocznia rumieniowatego** i omawia przebieg leczenia. W dwu przypadkach wprowadził modyfikację metody Hollendaera, stosując chininę dożylnie a miejscowo nalewkę jodową. W dwu dalszych przypadkach, nader długo trwających i o cechach wybitnie przewlekłych, rozpoczął leczenie od śródmięśniowych wstrzykiwuń mleka i w chwili wyraźnego odczynu miejscowego ognisk chorobowych przeszedł do śródżylnych wlewań chininy z równoczesnem miejscowem stosowaniem nalewki jodowej. Wynik leczniczy nader korzystny.

3. Dr. Goldmanówna omawia **leczenie żylaków sposobem Linsera** za pomocą wstrzykiwań 1% roczczynu sublimatu. Praca ogłoszona drukiem w Nr. 12. Polskiej Gazety lekarskiej.

IX Posiedzenie naukowe z dnia 14 stycznia 1922.

1. Prof. Łukasiewicz przedstawia przypadek **pemphigus vulg. circinatus et gyratus** z wyraźną dążnością do przejścia w pęcherzycę złośliwą Następnie przedstawia poraz wtóry mężczyznę, u którego na tle ognisk **rumienia wielopostaciowego** przyszło do rozwoju wykwitów kiłowych; przypadek leczony wlewaniami salvarsanu srebrowego.

2. Doc. Leszczyński przedstawia poraz wtóry niezwykły przypadek **zespołu objawów trzeciorzędnej kiły z objawami tocznia**, omawia wynik badania histologicznego, wyniki zabiegów leczniczych i przypomina pracę Freia i Spitzera o współżyciu krętków z lasecznikami gruźlicy.

3. Dr. M. Salpeter mówi o **leczeniu kiły metodą Linsera**. Rzuciwszy szkic rozwoju dotychczasowych metod leczniczych, omawia metodę Linsera bezpośredniego łączenia salvarsanu z rtęcią. Za Linserem poszedł Bruck, Guttmann, Holzhäuzer, a Becker, Herbeck, Schmalz, Oelse — naśladując Linsera — łączyli z salvarsanem inne preparaty rtęciowe; sposób Leszczyńskiego obraca się również w kręgu idei Linserowskich. Mowca stosując pierwotny sposób Linsera, miał dobre wyniki i objawowe i serologiczne; w dalszym ciągu omawia badania teoretyczne i chemiczne a w szczególności prace Kollego i przechodzi do szczegółowego określenia otrzymanych przez siebie wyników. Ogółem przeprowadził 1930 zastrzyknięć, z tego 1694 a 198 mężczyzn, a 236 u 36 kobiet. Największa liczba zastrzyków w mężczyzn była 32, u kobiet 29. Działań ubocznych na ogół nie zauważył. Celem porównania zestawił leczenie u 47 chorych, z tych 12 z kiłą pierwotną, 19 z wtórną, 14 z utajoną a 2 z kiłą późną. Bieg dotychczasowego spostrzegania rozciąga się w niektórych przypadkach na 20 miesięcy. Nawroty objawów wystąpiły tylko u 1 chorego; u innych tylko nawroty serologiczne, a to w kile wtórnej w 21%, utajonej w 29% przypadków. Wszystkie przypadki kiły pierwotnej dotychczas pozostały serologicznie ujemnymi.

W dyskusji przemawia prof. Łukasiewicz, doc. Leszczyński, dr. Krzemicki L. i mowca.

Zdzisław Kotiers, sekretarz.

Związek lekarzy dentystów Wschodniej Małopolski.

Związek lekarzy-dentystów, przynależnych do Izby lekarskiej wschodniej Małopolski, odbył w dniu 31 marca b. roku walne zgromadzenie, na którem przewodniczący skreślił nawał prac, jakiemi Wydział Związku zajmował się w ubiegłym roku administracyjnym, doprowadzając je w znacznej części do pomyślnego załatwienia. Między innemi zdał przewodniczący obszerne sprawozdanie z odbytego Zjazdu lekarzy-dentystów, jaki odbył się w Warszawie w dniach od 24—26 marca włącznie, przy sposobności Walnego Zgromadzenia Rady Głównej Związku Zawodowego lekarzy-dentystów w Państwie Polskiem. Na Zjeździe tym byli obecni delegaci wszystkich ziem Polski, z Małopolski Związek lekarzy-drntystów we Lwowie wysłał swych przedstawicieli w osobach prof. Dr. A. Cieszyńskiego i Dr. Włodz. Szafrana. W ożywionych dyskusjach Zjazdu poruszono cały szereg najżywotniejszych spraw, dotyczących zawodu lekarsko-dentystycznego, ponadto w ogólnych zarysach omawiano ustawę dentystyczną, regulującą wykonywanie praktyki na wszystkich Ziemiach Państwa Polskiego, jak również ustawę o Izbach lekarsko-dentystycznych i projekt utworzenia Kasy Wzajemnej Pomocy lek.-dentystów, sprawę studjów dentystycznych w Polsce, braki tychże i konieczność rozszerzenia ich na wszystkie uniwersytety w Polsce przy wydziałach lekarskich. Zapadły również uchwały zmierzające do tępienia partactwa w zakresie zębo-lecznictwa.

Następnie sekretarz zdał sprawozdanie, zawiadamiając Walne Zgromadzenie, że Związek odbył w ubiegłym roku 19. posiedzeń naukowych, na których tak członkowie Związku jak również goście zaproszeni wygłosili szereg referatów ciekawych z zakresu specjalności i zagadnień ogólnych. Referaty wygłosili:

Prof. Dr. A. Cieszyński: Uproszczony sposób wykonywania zatykadeł podniebiennych. Omijanie częstego wyjaławiania strzykawek injekcyjnych sposobem Kantorowicza.

Krytyczna ocena przeszczepienia zatrzymanych kłów, polecanego przez Ehrickego. Zapalenie gruczołu ślinnego podszczękowego z powodu kamieni ślinnych. Rada najnowszej strzykawki Fischera. Przypadek poprzecznego złamania zębów wskutek urazu. Ciekawy przypadek w rozpoznawaniu (płaska torbiel).

Dr. Włodz. Szafran. Przemieszczenie kła dolnego i heterotopja zębów i możliwe przypadki tejże. Martwica żuchwy pourazowa i zapalenie szpiku kostnego żuchwy. Rzadki przypadek zgięcia zęba 2, przyczyny i skutki jego, jak również sposób wyleczenia. Zapalenie szpiku kostnego żuchwy lewej, z następowem złamaniem w łączności z usuwaniem zębów.

Dr. J. Meschel. Pokaz z modyfikowanej kaniuli do strzykawki Freiensteina. Referat pracy Hauera o leczeniu zębów i korzeni.

Dr. H. Allerhand. Zagadnienia ekonomiczne w praktyce dentystycznej. Taryfa a obecna drożyzna.

X. Dr. Bol. Rosiński. Technika badań antropologicznych na czaszkach i człowieku żywym w zakresie potrzebnym lekarzowi dentyście.

Ponadto komitet redakcyjny Związku przesłał do czasopisma „Przegląd Dentystyczny" prace oryginalne i 137 referatów z prac obcych, do Polskiej Gazety Lekarskiej kilkadziesiąt referatów,

z których tylko część okazała się drukiem z powodu braku miejsca. Wydział Związku odbył 17. posiedzeń administracyjnych. Po złożeniu sprawozdania kasowego przez skarbnika i udzieleniu absolutorjum Wydziałowi, przystąpiono do wyborów uzupełniających Wydział. Po wyborach skład Wydziału na rok bieżący jest następujący: Prof. Dr. A. Cieszyński — przewodniczący, Dr. J. Meschel — zast. przewod., Dr. M. Zeńczak — sekretarz, Drzy H. Allerhand i Włodz. Szafran — członkowie zarządu. We wniosku Walnego Zgromadzenia uchwalono, w myśl postanowień Zjazdu warszawskiego z marca b. r., odbyć w lipcu roku 1923. pierwszy Zjazd naukowy lekarzy-dentystów Rzeczypospolitej Polskiej we Lwowie.

Adres Związku: Lwów Zielona 5. a.

Wskazania lecznicze dla ważniejszych polskich uzdrowisk.

zebrał Dr. Zygmunt Wąsowicz.

Wywiązując się z poleconego mi przez Wydział Polskiego Towarzystwa Balneologicznego zadania, przedkładam czytelnikom „Polskiej Gazety Lekarskiej" krótki zarys wskazań leczniczych, zebranych tylko dla ważniejszych uzdrowisk polskich. Zarys ten, w myśl pragnień Polskiego Towarzystwa Balneologicznego, ma na celu przypomnieć ogółowi lekarskiemu o istnieniu u nas licznego szeregu uzdrowisk, rozporządzających znakomitemi środkami i urządzeniami leczniczemi — z drugiej zaś strony ma ułatwić lekarzowi praktykowi skierowanie chorego do odpowiedniego uzdrowiska. Jeżeli jednak zadania tego nie spełni należycie, to winę tego niechaj poniosą przedewszystkiem najwięcej interesowani, tj. właściciele i zarządy uzdrowisk, które, jak np. uzdrowiska państwowe, prośby Towarzystwa Balneologicznego o informacje zignorowały zupełnie, albo też, jak inne, informacje te w bardzo skąpej mierze nadesłały. Z tego też powodu ten szkic informacyjny posiadać musi dość liczne niedomówienia i braki, które ze względu na dobro chorych powinny być w przyszłości usunięte.

I. Solanki.

1. Ciechocinek

(Solanka jodo-bromowa)

leży w powiecie Nieszawskim. n. p. m. 35.7 m.; a klimat z powodu znacznej względnej wilgoci powietrza i wysokiego ciśnienia barometrycznego zbliżony do klimatu miejscowości położonych w pobliżu wybrzeża morskiego.

Środki lecznicze: a) 11 źródeł solanki jodowo-bromowej, w której głównym składnikiem jest chlorek sodowy, dochodzący do 6%. Ze zdrojów służą do picia zdrój N. 2 i N. 5 i N. 8, inne zdroje służą do przyrządzania kąpieli i wytwarzania soli.

b) Przetwory do przyrządzania kąpieli, jak sól, ług, muł i borowina.

c) Łazienki dla kąpieli solankowych, borowinowych, zakład wodoleczniczy.

d) Łaźnia, wziewalnia.

Wskazania lecznicze: a) Zołzy — krzywica, b) Dna i skaza moczanowa, gośćce mięśniowy i stawowy — przewlekłe sprawy zapalne nerwów obwodowych. c) Przewlekłe nieżyty dróg oddechowych górnych i wysięki opłucnowe. d) Przewlekłe choroby narządu krążenia, w szczególności wczesne okresy miażdżycy tętnic. e) Przewlekłe choroby narządów płciowych kobiecych. f) Nerwice ogólne i przewlekłe choroby nerwowe z tłem anatomicznem.

Zakład otwarty od 16 maja do 30 września. Liczne pensjonaty, dobrze urządzone. Lekarzy ordynujących około 20.

2. Iwonicz

(Solanka jodo-bromowa)

leży w pow. Krośnieńskim 410 m n. p. m. Klimat podgórski — powietrze średnio-wilgotne o zawartości ozonu 9.3—9.7.

Środki lecznicze: a) 4 zdroje szczawy słono-jodowej do kąpieli i do picia. b) Kąpiele mineralne słono-jodowe. c) Kąpiele borowinowe. d) Wodoleczenie. e) Zakład ortopedyczny Dra *J. Aleksiewicza* (gruźlica kości). f) Dwa inhalatorja, aparat pneumatyczny Woldenburga.

Wskazania:

a) Zołzy, krzywica i kiła, b) gościec i dna, c) choroby okostnej, kości i stawów na tle gruźliczem, d) wysięki osierdziowe, opłucnowe i otrzewnowe, e) przewlekłe choroby kobiece. Sezon zdrojowy od 15 maja do 20 września. 2 lekarzy zakładowych, 3 lekarzy wolno-praktykujących.

Ordynują lekarze: Dr. Wallach i inni.

3. Rabka

(Solanka jodo-bromowa)

leży w powiecie Myślenickim, 500—540 m n. p. m. Klimat podgórski, miernie wilgotny.

Środki lecznicze: a) 7 źródeł solanki jodo-bromowej, używanej do picia i do kąpieli.

b) kąpiele solankowe i borowinowe.

c) Zakład gimnastyki leczniczej.

Według Dobrzyckiego solanki rabczańskie jodo-bromowe, zawierające nadto związki litu (Zdrój Kazimierza 0.0836 węglanu litowego) mogą doskonale zastąpić wodę keurtznachską (Elisabethquelle), Hamburg von der Höhe, Elisabethquelle i Krankenheil - Tölz.

Wskazania: a) Zołzy i krzywica. b) Gruźlica kości, stawów i skóry. c) Gościec i dna. d) Przewlekłe nieżyty błon śluzowych dróg oddechowych górnych. e) Wysięki pozapalne błon surowiczych.

Pora zdrojowa od 1 maja do końca września. Ordynują: Dr. *A. Kwaśnicki*, Dr. *T. Cybulski*, Dr. *O. Lang* i inni.

4. Rymanów

położony w pow. Sanockim, na wysokości 364 m n. p. m., posiada 3 źródła wody słono-alkalicznej obfite w jod i brom.

Zakład po zniszczeniu w czasie wojny przez wojska austro-węgierskie, do tego czasu nie odbudowany i nieczynny z wielką szkodą dla chorych.

5. Truskawiec

(Zakład zdrojowo-kąpielowy solankowy)

leży w pow. Drohobyckim, około 400 m n. p. m. o łagodnym klimacie, zbliżonym więcej do równinowego, niż podgórskiego.

Środki lecznicze: a) zdroje, należące do grupy wód słonych i siarczanych i szczaw alkalicznych, używanych na kąpiele i do picia. („Naftusia", zdrój Marji — solanka Glauberska i zdrój Zofji). Radjoaktywność wszystkich zdrojów stwierdzona. b) Kąpiele solankowe (także z dodatkiem CO_2), kąpiele siarczane (zdrój Lipski), kąpiele borowinowe i mułowe. c) Inhalatorjum solankowe.

Wskazania: Zołzy — krzywica. b) Gościec i dna, przewlekłe zapalenia nerwów. c) Otłuszczenie ogólne. d) Przewlekłe nieżyty błon śluzowych gónych dróg oddechowych. e) Choroby przewlekłe narządu krążenia. f) Przewlekłe choroby narządu moczowego i przewlekłe choroby kobiece. g) Niedowład kiszek, kamica żółciowa, przewlekły nieżyt przewodów żółciowych i woreczka żółciowego.

Pora zdrojowa od 15 maja do 25 września. Ordynują lekarze: Dr. Z. Pelczar, Dr. T. Praschil i inni.

II. Szczawy alkaliczno-słone.

6. Szczawnica

(Szczawa alkaliczno-słona)

leży w pow. Nowotarskim na wysokośai 500 m n. p. m., o klimacie wybitnie podgórskim, niezbyt zmiennym, miernie wilgotnym, o łagodnem działaniu podniecającem.

Środki lecznicze: a) klimat. b) 7 źródeł szczaw alkaliczno-słonych używanych prawie wyłącznie do picia. Wszystkie zdroje są radjoaktywne. c) Inhalatorjum solankowo-igliwiowe. d) Kąpiele słoneczne. e) Leżalnie do werandowania. f) Zakład hydropatyczny na Miedziusiu.

Urządzenia kąpielowe szczawnickie nie stoją zupełnie na wysokości obecnych wymogów — sposób ogrzewania wody mineralnej w kotle pozbawia kąpiel najkonieczniejszego czynnika t. j. kwasu węglowego.

Wskazania: 1) Ze względu na skuteczność swych zdrojów w chorobach płucnych i urządzeń do ich leczenia, jak nie mniej ze względu na łagodny klimat podgórski, sprzyjający leczeniu tych chorób, uchodzi Szczawnica słusznie za uzdrowisko specjalne dla chorych na płuca, a wśród nich szczególniej dla chorych na gruźlicę płuc.

Ordynują lekarze: Prof. Dr. Wł. Szumowski, Dr. R. Hamerszlag, Dr. D. Kohn i inni.

7. Krościenko n. Dunajcem

(Szczawa alkaliczno-słona)

leży w pow. Nowotarskim, 420 m n. p. m., 3 źródła, wśród nich znakomity i powszechnie znany zdrój Stefana, Wszystkie zdroje są radjoaktywne.

Zakład zdrojowy ogranicza się tylko do wywozu wód — które znajdują szerokie zastosowanie: a) w cierpieniach przewlekłych dróg oddechowych. b) w nieżytach przewlekłych błony śluzowej żołądka. c) w chorobach narządu moczowego.

III. Wody słono-gorzkie.

8. Morszyn

położony w pow. Stryjskim, 320 m n. p. m., posiada 6 zdrojów, których głównymi składnikami są siarkan sodu i siarkan magnezu. Z innych soli w większej ilości znajduje się sól kuchenna.

Środki lecznicze: a) Zdroje mineralne i do picia (Bonifacy i Magdalena). b) Kąpiele solankowe, borowinowe i z ługu solankowo-borowinowego.

Wskazania: a) Zastój w zakresie żyły wrotnej (Plethora) — otłuszczenie ogólne. b) Dna i gościec. c) Choroby przewlekłe macicy i jej przydatków, pozapalne wysięki błon surowiczych. Pora zdrojowa od 20 maja do 20 września.

IV. Szczawy żelaziste.

9. Krynica

w pow. Nowo-Sądeckim, 600 m n. p. m., posiada klimat górski — łagodny, odznaczający się małą zmiennością ciepłoty — o powietrzu czystem, zawierającem znaczne ilości ozonu, o ci-

śnieniu powietrza, wahającem w granicach małych, o wilgotności mocnej, a zachmurzeniu nieba mniejszem, niż w Krakowie lub Zakopanem.

Środki lecznicze: 1) Zdroje mineralne przeważnie szczawy żelazistej i wapniowej, lub sodowo-magnezowo-żelazistej — (Zdrój Główny i Słotwiński). Ilość zdrojów wszystkich podaje profesor Dietl na 18.

W ostatnich latach przy pomocy głębokich wierceń otrzymano 2 nowe zdroje — z tych „Otwór I." zbliżony składem do „Głównego" — używany do sporządzania kąpieli mineralnych.

Woda z II. otworu wiertniczego, zwanego „Zdrojem Zubera", należy do niezwykle silnych szczaw alkalicznych, przyczem zawiera znaczne ilości soli kuchennej, wapniowych związków mało, dużo natomiast magnezowych i litowych.

W porównaniu z wodą Vichy przedstawia się ilość głównych składników, według rozbioru prof. Marchlewskiego, w sposób następujący:

	Zdrój Zubera.	Vichy.
Dwuwęglan sodu	18.770.	5.103
„ potasu	0.535.	0.315
„ litu	0.168.	—
„ wapnia	0.634.	—
„ magnezu	2.916.	0.328

Prócz zdroju Głównego, Słotwińskiego i Zubera podawany bywa do picia „Zdrój Karola" — który właściwie jest czystą szczawą wapienną (0.470 węglanu wapnia na 1000 części wody — wolnego kwasu węglowego 1.350, wolnego kwasu węglowego i na pół związanego 1.802) i posiada wybitne własności moczopędne. b) Kąpiele z wody mineralnej krynickiej. c) Kąpiele borowinowe. d) Zakład wodoleczniczy i fizjoterapeutyczny pod kierunkiem Dra Jasieńskiego. e) Zakład djetetyczny Dra W. Skórczewskiego.

Wskazania: a) Blednica, choroby krwi — długotrwałe ozdrowiny.

b) Niektóre przewlekłe choroby serca, jak: wady zastawkowe w okresie wyrównania, względnie w okresie nieznacznego nadwyrężenia wyrównania; osłabienie mięśnia sercowego w następstwie chorób ostrych, blednicy, niedokrwistości i początkowe okresy zwyrodnienia mięśnia sercowego, będącego następstwem niedaleko posuniętej miażdżycy tętnic, lub otłuszczenie; nerwice serca.

c) Niektóre choroby narządu trawienia, jak nieżyt kwaśny i śluzowy.

d) Nieżyt przewlekły błony śluz. jelit, cechujący się uporczywemi biegunkami.

e) Choroby przewlekłe narządu moczowego (nieżyt pęcherza, miedniczek nerkowych, przewlekłe zapalenie nerek).

f) Dna i skaza moczanowa.

g) Choroby kobiece, przewlekły nieżyt macicy, sprawy przewlekłe zapalne macicy, przydatków i tkanek przyległych, nieprawidłowości w miesiączkowaniu — bezpłodność.

h) Choroby układu nerwowego z tłem anatomicznem i funkcjonalne. (Także ze względu na wodoleczenie).

Pora zdrojowa od 15 maja do 10 października. Ordynują lekarze: Dr. J. Aronsohn, Dr. I. Better, Dr. M Cercha, Dr. J. Jasieński, Dr. Fr. Kmietowicz, Dr. St. Lewicki, Dr. W. Skórczewski, Dr Z. Wąsowicz, Dr. Em. Zarzycki i inni.

10. Nałęczów

(Szczawa wapniowo-żelazista, uboga w wolny kwas węglowy) leży w ziemi Lubelskiej na płaskowzgórzu, 250 m. u. p. m., o klimacie umiarkowanym lądowym.

Środki lecznicze: a) Zdroje szczawy wapniowo-żelazistej (Zdrój „Celińskiego" i „Zdrój Nowy") używane do picia (dla poprawy smaku, nasycane bywają kwasem węglowym). b) Kąpiele z wody mineralnej i kąpiele borowinowe. c) Zakład wodoleczniczy i fizjoterapeutyczny.

Wskazania: a) Choroby układu nerwowego z tłem anatomicznem i funkcjonalne. b) Blednica i niedokrwistość. c) Przewlekłe choroby żołądka i jelit, choroby pęcherza i miedniczek nerkowych. d) Przewlekłe choroby kobiece.

Pora zdrojowa: Zakład otwarty przez cały rok. Ordynują lekarze: Dr. Puchalski i inni.

11. Żegiestów

(Szczawa wapniowo-magnezowo-żelazista),

leży w pow. Nowo-Sądeckim, na wysokości 486 m n. p. m., o klimacie, zbliżonym do klimatu leżącej w pobliżu Krynicy.

Środki lecznicze: a) Zdrój Żegiestowski do picia. b) Kąpiele z wody mineralnej. c) Kąpiele borowinowe. d) Kąpiele rzeczne w Pepradzie.

Wskazania: a) Blednica, choroby krwi. b) Przewlekłe choroby żołądka i kiszek. c) Kąpiele borowinowe. d) Nerwice ogólne i miejscowe. e) Przewlekłe choroby kobiece.

Pora zdrojowa od 15 maja do końca września.

(Dok. n.)

Sprawy zawodowe.

Związek Lekarzy Małopolski i Śląska cieszyńskiego w Krakowie.

Protokół 208. posiedzenia w dniu 1. kwietnia 1922 r.

Przewodniczy Dr. Cercha, pisze Dr. Kostecki; obecnych 6 członków Wydziału.

Przewodniczący wyraża w gorących słowach wspomnienie pośmiertne długoletniemu i bardzo zasłużonemu członkowi Związku, a przed laty i Wydziału, ś. p. profesorowi Drowi Stanisławowi Braunowi.

Wykreślono ze Związku Kazimierza Mizia z Drzewicy w ziemi radomskiej, skazanego przez sąd wojskowy na 3 lata więzienia za sfałszowanie dyplomu lekarskiego, uzyskanie na tej podstawie stopnia porucznika lekarza, i za nadużycia służbowe.

Drowi Taborowi przesłano odpowiedź, że w sprawie artykułu w „Krytyce" pozostaje tylko droga sądowa. Rozpatrywano zażalenie Dra Weissglasa z Krakowa, któremu Zarząd kąpielowy w Rabce nie chce po raz trzeci wynająć mieszkania w Zakładzie dla rodziny, potrzebującej leczenia. Uchwalono zwrócić się do Zarządu kąpielowego w Rabce z przedstawieniem, że lekarze wraz z rodzinami mają mieć pierwszeństwo przed innymi kuracjuszami w uzyskaniu mieszkań w Zakładzie. Gdyby istotnie panował już brak mieszkań, to lekarze musieliby odpowiednio postępować ze swymi pacjentami, by ich nie narażać na zawód i koszta.

Protokół 209. posiedzenia w dniu 12. kwietnia 1922 r.

Przewodniczy Dr. Cercha, pisze Dr. Kostecki; obecni: Dr. Strzemieński, prezydent Izby lekarskiej, oraz 7 członków Wydziału.

Przewodniczący zdaje sprawę z pobytu w Warszawie, którego celem było złączenie się Związku ze Związkiem Lekarzy P. P. Centralny Komitet Wykonawczy tego Związku przyjął warunki Związku Lekarzy Małopolski za podstawę do rokowań w kierunku złączenia się organizacyj. Uchwalono pokryć część wydatków delegata.

Protokół 210. posiedzenia Wydziału w dniu 22. kwietnia 1922.

Przewodniczy Dr. Cercha, pisze Dr. Kostecki; obecny Dr. Strzemieński, prezydent Izby lekarskiej, oraz 9 członków Wydziału.

Dr. Herman Kraus z Rzeszowa żali się w imieniu znawców sądowych na niestosunkowo niską taksę za sądowe świadczenia lekarskie. O ileby podwyższenie taksy nie nastąpiło do dnia 1 maja br., powinni wszyscy lekarze rzeszowscy oświadczyć w Sądzie Okręgowym, że nie będą od tego dnia czynni, jako znawcy. Równocześnie zechcą koledzy zawiadomić o przebiegu sprawy Związek i Izbę lekarską w Krakowie. Ta ostatnia zwracała się już z temi żądaniami do Ministerjum Sprawiedliwości, lecz, jak dotąd, bez skutku.

Województwo w Tarnopolu uwiadamia o wytoczeniu śledztwa przeciw partaczowi lekarskiemu Sebrynowi w Strusowie. O wyniku przyobiecało zawiadomić Związek.

Do komisji, mającej opracować cennik za czynności lekarskie w Kasach chorych, wybrano prezydenta Izby lekarskiej w Krakowie Dra Strzemieńskiego, Dra Stahra i Dra Grzybowskiego.

Odczytano pismo Ministerjum Zdrowia Publicznego, w którem zawiadamia, że wdrożenie dochodzenia przeciw Arturowi Andahazemu, partaczowi lekarskiemu w Krośnie, poleciło Wojewódzkiemu Urzędowi Zdrowia we Lwowie.

Protokół 211. posiedzenia Wydziału w dniu 27. kwietnia 1922.

Przewodniczy Dr. Cercha, pisze Dr. Kostecki; obecnych 7 członków Wydziału

Uchwalono na koszt Związku wysłać do Warszawy na Walne Zgromadzenie Delegatów Związku Lekarzy Państwa Polskiego przewodniczącego Dra Cerchę i Dra Grzybowskiego.

Na pismo Zakładu kąpielowego w Rabce w sprawie niewynajmowania z roku na rok mieszkania Drowi Weissglasowi z Krakowa uchwalono odpowiedzieć z wyjaśnieniem, dlaczego Związek zajął w tej sprawie stanowisko, wyłuszczone w krótkości w protokole 208.

Uchwalono zawiadomić Zarząd Powiat. Kasy chorych w Nowym Sączu, że żądania lekarza Kasy Dra Stan. Walerego Nowaka ze Starego Sącza nie są wcale wygórowane. Ponieważ Zarząd Kasy ma przedstawić nowe warunki, a w razie ich nieprzyjęcia grozi już z góry ogłoszeniem konkursu na tę posadę, uchwalono zwrócić Zarządowi uwagę, że w takim razie spotka się ze strony Związku z bojkotem.

Kol. Drowi Pollaschkowi z Dębicy udzielono wyjaśnienia, że opracowaniem cennika za czynności lekarskie w Kasach chorych i jego ogłoszeniem w niedalekiej przyszłości zajmuje się osobna komisja w łonie Związku.

Przez wolny wybór lekarza w Kasie chorych należy rozumieć wybór między lekarzami, jacy zawarli umowę z Kasą chorych.

Do Związku przystąpili: Dr. Malinowski Alojzy z Chrzanowa, Dr. Sędzielowski Józef, Dr. Łapiński Stanisław, insp. Dr. Bier Leonard, Dr. Sternbach Karol, Dr. Knorek Jan, Dr Merunowicz Tadeusz z Krakowa, Dr. Radlmesser Karol z Rzeszowa, Dr. Sternberg Józef z Mielca, Dr. Czachórski Stanisław

z Radomyśla wielkiego, Dr. Szenker Marjan ze Skoczowa, Dr. Filasiewicz Bolesław z Cieszyna, Dr. Kowalewski Mieczysław z Nadwórnej, Dr. Mazanek Ignacy ze Lwowa, Dr. Zanzig Bernard z Mikuliczyna, Dr. Mańkowski Aureli z Sieniawy, Dyr. Dr. Urbanik Ryszard z Tarnobrzega i Dr. Kozubowski Jan z Krakowa. Ogółem członków, opłacających wkładki, liczy Związek 534.

Do Kasy Pogrzebowej przystąpili: Dr. Pisarski Tadeusz, Dr. Birkenfeld Karol, Dr. Stankiewicz Wiktor, Dr. Kraus Herman, Dr. Kruczek Szczepan, Dr. Malinowski Alojzy, Dr. Merz Alfred, Dr. Okuljar Bolesław, Dr. Silbermann Leon, Dr. Lilien Norbert, Dr. Górka Józef, Dr. Sędzielowski Józef, Dr. Radlmesser Karol, Dr. Puzon Roman, Dr. Piźło Stefan, Dr. Biliński Antoni, Dr. Wysocki Piotr, Dr. Sternberg Józef, Dr. Łapiński Stanisław, Dr. Czachórski Stanisław, Dr. Szenker Marjan, Dr. Filasiewicz Bolesław, Dr. Kowalewski Mieczysław, Dr. Herz Emanuel, Dr. Macieszyna Sabina, Dr Bier Leonard, Dr. Sternbach Karol, Dr. Groyecki Ernest, Dr. Knorek Jan, Dr. Kasprzycki Tadeusz, Dr. Goldgart Leon, Dr. Mazanek Ignacy, Dr. Stypa Mieczysław, Dr. Czarnecki Juljan, Dr. Merunowicz Tadeusz, Dr. Klauber Adolf, Dr. Krzysztoforski Karol, Dr. Morawski Karol, Dr. Wojtowicz Edmund, Dr Kozubowski Jan, Dr. Zanzig Bernard, Dr. Mańkowski Aureli i doc. Dr. Janiszewski Tomasz. Ogółem członków liczy Kasa Pogrz. 450. Premja pogrzebowa wynosi 90.000 Mk.

Dr. Kostecki, sekretarz. *Dr. Cercha*, przewodniczący.

Odezwa
„Lwowskiego Tow. ginekologicznego" do Kolegów nieginekologów.

W przeprowadzonej łącznie z akcją „Lwow. T. lek." dyskusją nad kwestją poronienia sztucznego poruszono w L. T. g. i położono nacisk na osobnicze niebezpieczeństwa z zabiegiem tym połączone a coraz mniej niestety na ogół uwzględniane. Wyrobiło się mianowicie nie tylko u publiczności, ale i u niektórych lekarzy niespecjalistów mniemanie, jakoby zabiegi takie były dla ciężarnych nieszkodliwe i obojętne, w czem niewątpliwie największą winę ponoszą te jednostki z pośród ginekologów, które do szerzenia się nadużyć w tym kierunku w zbrodniczy i samolubny sposób się przyczyniają, w których interesie zatem leży takie właśnie przedstawienie rzeczy. Przeciw temu mniemaniu, jako bezsprzecznie mylnemu postanowiło L. T. g. wystąpić. Nie ulega bowiem wątpliwości, że mimo znacznego postępu w diagnostyce, technice operacyjnej i postępywaniu bezgnilnem i dziś jeszcze nieda się napewne uniknąć ani zakażenia, ani przebicia macicy, co prowadzi nieraz do śmierci a często do stałego kalectwa; że w początkach ciąży pozamacicznych łatwo przeoczyć i przez zabiegi wśródmaciczne śmiertelny krwotok wewnętrzny spowodować można; że w późniejszych okresach groźne krwotoki atoniczne często się zdarzają; że wreszcie i nagłe zejście śmiertelne skutkiem shoku kilkakrotnie już opisano. Oprócz zaś tych najważniejszych niebezpieczeństw zdarza się każdemu doświadczonemu ginekologowi widzieć wypadki stałej niepłodności po jednym nawet już poronieniu sztucznem i to bez wykazalnych zmian anatomicznych — a w nauce ustala się coraz bardziej związek przyczynowy między sztuczną niepłodnością a włókniakami macicy.

Wszystkie te niebezpieczeństwa pominąć naturalnie wolno i trzeba, gdy chodzi o rozstrzygnięcie co do poronienia sztucznego, jako na mniejsze zło, a więc wobec ścisłych wskazań ze względu na niebezpieczeństwo grożące przez samą ciążę. Ale o ile się o nich pamięta, granice tych wskazań dadzą się niewątpliwie zacieśnić i w tym to celu właśnie pożądane jest współdziałanie kolegów nieginekologów, zwłaszcza tych, którzy występują jako lekarze domowi. Ci mogą nieraz bardzo skutecznie poprzeć usiłowania ginekologa, uczciwie dążącego do ograniczenia ilości sztucznych poronień, mają też z drugiej strony sposobność i możność przez powagę swojej opinji i wpływ na publiczność ukrócać zbrodniczą działalność ginekologów nieuczciwych.

W komisji wyłonionej L. T. l. mają być obmyślane różne drogi i środki celem uchylenia niebezpieczeństwa, grożącego całemu społeczeństwu przez szerzenie się sztucznych poronień. Komisja ta dołoży też zapewne starań, aby napiętnować nieuczciwe jednostki wśród lekarzy i ukrócić — o ile się da — zbrodnicze ich praktyki.

Tow. ginekologiczne zaś, którego członkowie mają sposobność obserwowania nieraz wprost zdumiewającej lekkomyślności w tym względzie uważało za swój obowiązek położyć nacisk specjalnie na niebezpieczeństwa indywidualne z temi nadużyciami połączone i zwraca się do kolegów nieginekologów z gorącą prośbą o współdziałanie i pomoc w ich zwalczaniu, a w szczególności o wpływanie w swoim zakresie działania na opinję publiczną w tym kierunku.

Dr. Jan Saphier

Jak nas spóźniona wiadomość doszła, dnia 23 lutego zmarł nagle w Monachium dr. Jan Saphier, kierownik kliniki dermatologicznej profesora Zumbuscha.

Śmierć tego znanego, choć młodego uczonego, odbiła się głośnem echem wśród dermatologów niemieckich i nie mniej u nas we wschodniej Małopolsce, skąd Zmarły urodzeniem, tradycją pochodził i gdzie też studjował. Urodzony 11 października w 1884 r. w Brzeżanach gimnazjum i studja lekarskie kończył we Lwowie. Mimo ciężkich warunków materjalnych i wątłego zdrowia, odznaczał się wśród swych kolegów jako uzdolniony, inteligentny i niezmordowanie pilny, zyskując uznanie i szacunek Profesorów i kolegów.

Po doktoracie, uzyskanym w kwietniu 1909 roku, pracował czas jakiś na oddziele chirurgicznym Szpitala powszechnego we Lwowie, poczem dla dalszych studjów przeniósł się do Wiednia, gdzie wnet uzyskał sekundarjat w Szpitalu Rudolfa. Tam, pracując po kolei na obu oddziałach wewnętrznych i skórnych (na tym ostatnim pod kierownictwem prof. Zumbuscha), przeprowadzał również teoretyczne studja z dziedziny bakterjologji. W roku 1916 po uzyskaniu pozwolenia ze strony rządu austrjackiego udaje się na wezwanie prof. Zumbuscha, powołanego na katedrę dermatologji do Monachium, aby jako zastępca prof. Zumbuscha pracować na jego klinice. W czasie wybuchu rządów bolszewickich w Monachium staje w szeregach samoobrony obywatelskiej przeciw bolszewikom (czego omal życiem nie przepłacił).

Odtąd pracuje niestrudzenie na klinice, poświęcając jej i pracy naukowej cały swój czas. Praca ta też wytężona i bez wypoczynku spowodowała prawdopodobnie i przedwczesny i nagły Jego zgon.

Zmarły tak w czasie swego pobytu we Wiedniu, jak i w Monachium, ogłosił szereg prac.

Śmierć Dra Saphiera jest niepowetowaną stratą dla nauki. Nas zaś, tych najbliższych Jego kolegów i przyjaciół, którzyśmy Go najlepiej znali i gorąco kochali ten prawy kryształowy charakter, okrywa ciężką długotrwałą żałobą. Cześć Jego pamięci. Dr. *Marja Pogonowska*.

Wiadomości bieżące.

Dr. Benedykt Kwiatkowski zawiadamia nas, że z dniem 1 maja 1922 ustąpił ze stanowiska lekarza naczelnego Sanatorjum im. Dr. Dłuskich w Zakopanem i powrócił do Warszawy.

Kraków. Twarzystwo Bratniej Pomocy Medyków w Krakowie poleca na czas wakacji kolegów absolwentów jakoteż i młodszych, poszukujących zajęcia za odpowiedniem wynagrodzeniem, bądźto w lecznicach w charakterze pomocników lekarzy, bądź w zakładdch klimatycznych. jako też kolegów poszukujących lekcji lub kondycji z zakresu gimnazjalnego na przeciąg wakacji. Uprasza się ze wszelkiemi żądaniami i zgłoszeniami zwracać do Towarzystwa Bratniej Pomocy Medyków, ul. Kopernika Nr. 23 I, w Krakowie.

Lwów. **XIX Posiedzenie naukowe Lwowskiego Towarzystwa lekarskiego** odbędzie się w piątek dnia 26 maja br. w Poliklinice. Pokazy: 1) Skrowaczewski nieprzedstawione przypadki z dnia 12 maja: a) powikłania wśródczaszkowego ropnego zapalenia ucha i b) rozszerzanie zwężeń krtani. Wykłady: 2) Kol. Ohania: Radjoterapja raka. 3) Kol. Meisels: Podstawy leczenia rentgenowskiego nowotworów i jego wyniki. *Kmietowicz*, sekretarz.

Zarząd galicyjskiej Kasy dla chorych lekarzy zawiadamia, że Walne Zgromadzenie Kasy dla chorych lekarzy odbędzie się w sobotę, 27-go maja br. o godzinie 6 wieczorem z następującym porządkiem dziennym: 1) Sprawozdanie za rok ubiegły, sekretarz Dr. Lilien. 2) Sprawozdanie kasowe, skarbnik Dr. Świątkiewicz. 3) Sprawozdanie komisji kontrolującej. 4) Wniosek wydziału w sprawie ponownego podwyższenia wkładek i świadczeń kasy. 5) Wybór nowego wydziału. 6) Ewentualne wnioski członków. W razie braku kompletu następne zgromadzenie odbędzie się w ten sam dzień o godz. $6^1/_2$ wieczorem bez względu na ilość obecnych.

Grodno. Konkurs na prace popularne, przeznaczone dla najszerszych warstw ludności, na temat: 1) „Choroby zakaźne i walka z niemi" oraz 2) Co to są choroby weneryczne i jakie ich następstwa?" ogłasza Towarzystwo higieniczno-oświatowe im. prof. Emila Godlewskiego jun. w Grodnie (gm. Magistratu) z nagrodami 15,000 i 10.000 Mp., a terminem do 15 września 1922. Podobny konkurs ogłasza to Towarzystwo na pracę przeznaczoną dla inteligencji, na temat: „O znaczeniu szerzenia oświaty z dziedziny higjeny i walki z chorobami zakaźnemi". Ta praca musi zawierać dane statystyczne kraju i zagranicy. Rozmiar prac nie może przekraczać 10 arkuszy druku; umieszczenie rycin i wykresów jest dopuszczalne. Udział w konkursie mogą brać lekarze i studenci medycyny narodowości polskiej. Prace nagrodzone stanowią własność Towarzystwa.

Z Ukrainy sowieckiej. Jak nam donoszą, w Płoskirowie Kamieńcu, Winnicy, Kijowie, koło Berdyczowa i w Żytomierzu dur osutkowy miał przybrać niezwykłe rozmiary. Władze sowieckie są zupełnie bezradne wobec dotkliwego braku lekarzy i wszelkich środków lekarskich.

Nowa placówka narzędzi lekarskich i przyrządów lekarsko-naukowych we Lwowie.

Dla ułatwienia i udogodnienia P. T. Lekarzom, Klinikom, Sanatorjom i Szpitalom nabywania wszelkich przyrządów lekarsko-naukowych, narzędzi lekarskich (ściśle zseptycznych) i mebli operacyjnych tylko pierwszej jakości otworzył p. Stanisław Baran we Lwowie (przy ul. Akademickiej) magazyn i skład tychże przyrządów, co szerokie koła P. T. Lekarzy powitają zapewne z zadowoleniem' — P. Baran przeniósł się z Prahowa do naszego grodu i prowadzić będzie swą firmę pod osobistem kierownictwem, czem daje gwarancję, że i wśród tutejszych sfer lekarskich zasłuży na pełne zaufanie.

Wydział powiatowy Sejmiku Garwolińskiego

podaje do wiadomości, że w powiecie wakuje dwie posady dla lekarzy:

1. Maciejowice-Szpital i Dobra „Podzamcze".
2. Łaskarzew — wolna praktyka — subsydjum od Sejmiku i Gminy.

Bliższe informacje u lekarza powiatowego, Adama Żurakowskiego w Garwolinie.

Konkurs.

Wydział Powiatowy w Wysokiem-Mazowieckiem niniejszym rozpisuje Konkurs na posadę kierownika szpitala epidemicznego w m. Tykocinie.

Do posady tej przywiązane jest wynagrodzenie w/g IX kat. płac urzędników państwowych.

O posadę tę ubiegać się moga lekarze posiadający prawo wykonywania praktyki lekarskiej w Rzeczypospolitej Polskiej.

Praktyka prywatna zapewniona, gdyż w samym mieście ani w okolicy w promieniu 20 klm niema lekarza.

Podania wraz z dokumentami względnie odpisami, które w razie nieprzyjęcia będą zwrócone, należy kierować pod adresem Przewodniczącego Wydziału Powiatowego w Wysokiem-Mazowieckiem, (Województwo Białostockie).

Przewodniczący Wydziału Powiatowego:
Zychert.